



Институт экономики, управления и права (г. Казань)

В.Д. Менделевич, Э.В. Макаричева, К.В. Пыркова

ПСИХИЧЕСКИЙ ИНФАНТИЛИЗМ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Казань
Познание
2009

УДК 616.89:159.9
ББК 57
М50

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Института экономики, управления и права (г. Казань)

Рецензент:

д-р мед. наук, проф. *Ю.С. Шевченко*

Менделевич, В.Д.

М50 Психический инфантилизм при невротических и соматоформных расстройствах / В.Д. Менделевич, Э.В. Макаричева, К.В. Пыркова. – Казань: Изд-во «Познание» Института экономики, управления и права, 2009. – 136 с.
ISBN 978-5-8399-0276-3

Монография посвящена проблеме изучения клинико-психопатологических и психологических особенностей психического инфантилизма у взрослых. Освещаются различные подходы к пониманию психического инфантилизма в психиатрической и психологической литературах. Приводятся результаты исследований больных с невротическими и соматоформными расстройствами, в структуре заболевания которых представлены проявления психического инфантилизма.

Предназначена для врачей – психиатров, неврологов, психотерапевтов, медицинских психологов.

УДК 616.89:159.9
ББК 57

ISBN 978-5-8399-0276-3

© Институт экономики, управления
и права (г. Казань), 2009
© Менделевич В.Д., Макаричева Э.В.,
Пыркова К.В., 2009

Оглавление

Введение	4
ГЛАВА 1. Обзор литературы	6
1.1. Психический инфантилизм: изучение проблемы в медицинском аспекте	6
1.2. Психологическое направление в интерпретации психического инфантилизма	14
1.3. Понятие, классификации и семиотика психического инфантилизма	23
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	30
2.1. Общая характеристика обследованных больных	30
2.2. Характеристика методов исследования.....	37
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ...	45
3.1. Характеристика структуры психического инфантилизма при невротических и соматоформных расстройствах	45
3.2. Сравнительная характеристика структуры психического инфантилизма при невротических и соматоформных расстройствах.....	84
Заключение	106
Библиографический список	119
Приложения	131

Введение

Проблема распространенности невротических и соматоформных расстройств в настоящее время является одной из наиболее актуальных для психиатрии и медицинской психологии проблем. В последнее время в России отмечается рост данных расстройств [86]. Пограничные психические расстройства встречаются с частотой 192,6 на 1000 населения, в том числе неврозы – 13,3 на 1000, психогенные депрессии невротического уровня – 51,8 на 1000, невротическое и ипохондрическое развитие – 11,8 на 1000 [29]. По данным отечественных и зарубежных авторов, пациенты с соматоформными расстройствами составляют от 15,3% до 45,7% всех больных общесоматической практики [16, 92, 99, 103, 157, 171]. Считается, что определяющим в развитии невротических и соматоформных расстройств является сочетание преморбидных особенностей со спецификой психотравмы [79]. В связи с этим проблема преморбидных особенностей личности и их влияния на степень социальной и психической адаптации, риска возникновения невротических и соматоформных расстройств приобретают все большее значение.

Анализ проведенных ранее психолого-психиатрических исследований свидетельствует о том, что одними из предрасполагающих факторов и морбидных феноменов могут выступать инфантильные черты личности и инфантилизм как психопатологический синдром [50, 79, 84, 95, 137]. В настоящее время психический инфантилизм рассматривается как незрелость личности с преимущественным отставанием в развитии эмоционально-волевой сферы. Считается, что с возрастом проявления психического инфантилизма становятся менее заметными, но полностью не исчезают, что снижает степень адаптации человека к социуму, психотравмирующим ситуациям [56, 101, 107]. Кроме того, недостаточный уровень психологической зрелости личности может оказывать негативное влияние на прогноз и течение невротических и соматоформных расстройств, способствовать затяжному характеру заболевания и переходу в невротическое развитие личности [79, 95, 136].

Несмотря на накопленные научные данные, проблема изучения взаимосвязи инфантильных черт личности с невротическими и соматоформными расстройствами остается недостаточно изученной. Не раскрыто клинико-психологическое и психопатологическое содержание инфантильных черт, не описаны и не систематизированы структурно-динамические характеристики психического инфантилизма, нечетко

определена его роль в этиопатогенезе невротических и соматоформных расстройств. Все вышеперечисленное позволяет утверждать, что данная проблема имеет повышенную научную актуальность и требует применения новых исследовательских подходов.

Нами была поставлена цель изучения структуры психического инфантилизма при различных невротических и соматоформных расстройствах. В качестве задач исследования были выдвинуты: 1) изучить клинико-психопатологические и индивидуально-психологические особенности психического инфантилизма при тревожных невротических расстройствах, расстройстве адаптации и других невротических расстройствах; 2) изучить клинико-психопатологические и индивидуально-психологические особенности психического инфантилизма при ипохондрических расстройствах, соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы; 3) провести сравнительный анализ структуры психического инфантилизма при различных невротических и соматоформных расстройствах.

ГЛАВА 1

Обзор литературы

1.1. Психический инфантилизм: изучение проблемы в медицинском аспекте

Проблема психического инфантилизма стала особенно привлекать внимание исследователей со второй половины XIX столетия. Термин «психический инфантилизм» был введен Е. Ласегом в 1864 г. для описания лиц, которые на всю жизнь остаются детьми. В проблеме определения границ и вычленения синдрома психического инфантилизма из круга олигофрении, психо- и эндокринопатии условно выделили ряд этапов. Начальный этап заключался в изучении этиологической принадлежности психического инфантилизма, и эта тенденция продлилась до первых десятилетий XX столетия. Зарубежные психиатры начала XX века связывали синдром психического инфантилизма с психофизическим недоразвитием, с патологией эндокринных желез, с любой патологией, сопровождающейся умственным дефектом [21]. Е. Блейлер [11], В.А. Гиляровский [28], М.О. Гуревич [33] указывали, что для психического инфантилизма уже в детстве характерны моторный инфантилизм и интеллектуальная недостаточность.

Второй этап состоял в исследовании психического инфантилизма во взаимосвязи с психопатиями [63, 86, 111, 130, 141, 159]. Авторы сходились во мнении, что психический инфантилизм является основой психопатий.

Третий этап в изучении проблемы психического инфантилизма был связан с рассмотрением психического инфантилизма в рамках психической нормы. Ряд авторов отмечали формы инфантилизированного поведения у избалованных, изнеженных детей [21, 111].

Как показывает анализ медицинской литературы, проблема психического инфантилизма достаточно широко изучалась в рамках психопатий, шизофрении и задержки психического развития.

Психический инфантилизм рассматривался как конституциональная основа, в первую очередь, истерической психопатии. Э. Кречмер [63] указывал, что исходной точкой истерического развития личности является остановка в половом развитии на ранней фазе половой зрелости, что ведет к конституциональной аномалии – инфантилизму. Кроме этого, при инфантилизме не наступает установление доброжелательных

независимых отношений с родителями, свойственных взрослым людям. Лица с психической незрелостью имеют склонность к импульсивным аффективным разрядам и гипобулическим реакциям, проявляющимся истерическими взрывами, капризностью. В.Л. Линберг [159] подчеркивал, что психический инфантилизм лежит в основе всех психопатий. У инфантильных личностей, являющихся астениками по своему психофизическому складу, чаще определяются астеническая психопатия, неврастения, навязчивость [21]. П.Б. Ганнушкин [26] отмечал у лиц с психопатией инфантильные черты: чрезмерно развитая фантазия, эмоциональная неустойчивость, не критичность мышления. Г.Е. Сухарева [111] подчеркивала, что дети с дисгармоничным инфантилизмом угрожаемы в плане неустойчивой, возбудимой и истерической психопатий. М.И. Буянов [20] исследовал особенности формирования тормозимой психопатии у лиц с гармоничным и дисгармоничным инфантилизмом. Л.О. Чахкиева [130], изучая особенности психического инфантилизма в рамках разных форм психопатий (истерической, аффективно-неустойчивой, психопатий тормозимого круга), выявила корреляционные зависимости между формой психопатий и этиологическими факторами психического инфантилизма: так, при истероидной психопатии превалируют церебрально-органические и психогенно-ситуационные факторы; при аффективно-возбудимой психопатии – наследственные и церебрально-органические; при психопатии тормозимого круга – наследственные и психогенно-ситуационные факторы. При этом подчеркивалось, что психический инфантилизм при истероидной психопатии является механизмом формирования всей структуры аномальной личности. У психопатических личностей возбудимого круга психический инфантилизм отражает нарушения развития интеллектуальных функций, в меньшей мере, дифференциации в эмоциональной сфере. У тормозимых личностей инфантилизм носит парциальный характер и проявляется в сфере эмоциональных реакций. В.В. Ковалев [56] указывал, что простой гармоничный инфантилизм является основой акцентуаций характера или психопатий преимущественно неустойчивого или истероидного типа, а дисгармоничный инфантилизм является этапом формирующейся психопатии возбудимого типа. А.П. Коцюбинский и соавт. [61], изучая клинические варианты конформной акцентуации, в качестве одной из причин развития рассматривали психический инфантилизм, проявляющийся в слабости высших форм волевой деятельности. Б.В. Шостакович [4,134] отмечал при параноидной психопатии инфантильность мышле-

ния, при истерической и неустойчивой психопатии – наличие выраженного психического инфантилизма в сфере мышления и воли. При психопатиях тормозимого типа (ананкастное, уклоняющееся и зависимое расстройства личности) характерно снижение волевых возможностей, чувство беспомощности, стремление перекладывать решение проблем на других, низкая стрессоустойчивость.

В работе Г.Н. Пономаревой была сделана попытка изучения психофизического инфантилизма в рамках истерической психопатии: были выделены «истерические фантасты», отличающиеся эгоизмом, склонностью к самоутверждению, и «тормозимые истероиды»: эмоционально примитивные, неуверенные в себе, склонные к «бегству в болезнь» [81]. В.Я. Семке, М.Ф. Белокрылова [96] в ходе типологического анализа выделили три подструктуры истерической личности: конституционально-биологическая (генетическая предрасположенность, психофизический инфантилизм, сексуальные дисфункции), психофизиологическая (гиперэмотивность, внушаемость и самовнушаемость, визуализация представлений, «художественный» тип мышления), социально-психологическая (эгоизм, эгоцентризм, гиперконформность, театральность, склонность к фантазированию).

Имеется ряд работ, посвященных изучению психического инфантилизма в рамках психопатий у подростков, в том числе и с девиантным поведением. В.Е. Житловский, Е.С. Меламед [42] изучали особенности инфантилизма у подростков с девиациями поведения как фактора риска формирования психопатий. В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева [30, 34], Н.И. Фелинская [119] подчеркивали парциальный характер психического инфантилизма при подростковых психопатиях. В качестве показателей патологичности психического инфантилизма (как критерия невменяемости при подростковых психопатиях) указывались: патологическая внушаемость и подражательность; резкая слабость высших форм волевых функций; неумение соотносить свои поступки с реальной обстановкой; легкость включений в любую деятельность без продуманности и борьбы мотивов; неспособность к активной и целенаправленной деятельности; недостаточность критики как к собственному состоянию, так и к сложным взаимоотношениям окружающей действительности. В.А. Гурьева и соавт. [35] изучали особенности клиники и динамики психического инфантилизма (органический и «кризовый» варианты) у несовершеннолетних правонарушителей, специфику клинических проявлений, привносимых пубертатным кризисом. Так, органический

инфантилизм проявлялся сочетанием психической незрелости и парциального характера интеллектуальной недостаточности: психологические проявления в период пубертатного кризиса носили утрированный, патологический характер. Психический инфантилизм, выявляющийся в период негативной фазы кризиса, отражал снижение способности к социально-одобряемой деятельности, недостаточность коммуникативных навыков, поведенческие реакции, задержку формирования критики. «Кризисный» инфантилизм мог быть изолированным, но чаще наблюдался как синдром при психических нарушениях разной нозологии. Согласно катамнестическим исследованиям И.А. Юрковой [141], динамика психического инфантилизма у детей не имела изменений на протяжении ряда лет как при сочетании психического инфантилизма с выраженным недоразвитием познавательной деятельности, так и в случаях преобладания только недоразвития эмоционально-волевой сферы, рассматривалась как стойкое психическое недоразвитие, приближающееся к умственной отсталости.

И.Л. Акулова [1], обследовав 65 больных с выраженным психическим инфантилизмом, отмечала, что инфантилизм может встречаться не только в детском и подростковом возрасте, но и у юношей в возрасте от 19 до 23 лет, и проявляться при формально хорошем интеллекте детскостью поведения, примитивностью, незрелостью суждений, болезненной обидчивостью, склонностью к фантазиям. Автор указывал на отличительные признаки данных личностей от психопатов: физическая незрелость, наивный, незлобный характер поступков, не имеющих определенной цели, склад психики, соответствующий определенной степени детского подросткового возраста. Отличая психический инфантилизм от психопатий, автор считал, что между данными болезненными состояниями больше общего, чем между психическим инфантилизмом и умственным недоразвитием.

В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин [36], Б.М. Гузиков, Э.Г. Эйдемиллер, И.А. Агеева [32], Н.Н. Иванец [44, 91], В.Д. Менделевич [78, 80, 81] рассматривали психический инфантилизм как фактор риска раннего употребления алкоголя и психоактивных веществ.

Психический инфантилизм изучался в рамках шизофренического процесса и рассматривался как процессуальная инфантилизация. А.Н. Голик [31], О.В. Концевой [59], А.Н. Попова [89], Г.Е. Сухарева [110], А. Buckowczyk [146] рассматривали психический инфантилизм как одно из проявлений снижения психической деятельности, вызван-

ного болезнью (шизофренией). И.В. Буреломова [17] описала психический и психофизический инфантилизм при затяжных маниакальных расстройствах при шизофрении у детей. И.Д. Ефремова [41] выявила у больных шизофренией с обсессивно-фобическими расстройствами черты психического инфантилизма с психопатоподобными изменениями шизоидно-анакастного круга: неприспособленность, нерешительность, ригидность, инертность.

Наиболее полно проблема психического инфантилизма была разработана в отечественной детской психиатрии в тесной взаимосвязи с возрастной, специальной психологией и дефектологией. Были созданы классификации психического инфантилизма, описаны основные варианты и динамика психического инфантилизма. Г.Е. Сухарева [111], И.А. Юркова [141], М.С.Певзнер [37, 38], К.С.Лебединская [68], В.В.Лебединский [67], И.И.Мамайчук, М.Н.Ильина [75], Э.Г.Эйдемиллер [39] рассматривали психический инфантилизм в рамках задержки психического развития как вида дизонтогенеза.

В группе детей с временной задержкой развития выделялись следующие клинические варианты психофизического инфантилизма: с недоразвитием эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте; с недоразвитием познавательной деятельности; с недоразвитием познавательной деятельности, осложненной нейродинамическими нарушениями; с недоразвитием познавательной деятельности, осложненной недоразвитием речевой функции [38]. В рамках преимущественной задержки развития эмоционально-волевой сферы К.С. Лебединская [68] суммировала варианты психического инфантилизма и выделила их: 1) конституциональный; 2) соматогенный; 3) церебральный; 4) психогенный. В настоящее время задержку психического развития конституционального генеза связывают с психофизическим инфантилизмом, при ЗПР органического генеза эмоционально-волевая незрелость представлена в виде органического инфантилизма [67, 68, 75, 142]. Е.М. Мастюкова [85] выделила среди видов аномального развития у детей с ДЦП три варианта осложненного психического инфантилизма: с проявлениями невропатии, с симптомами раздражительной слабости и органический инфантилизм. Нейропсихологические и нейрофизиологические исследования детей с органическим инфантилизмом показали задержку формирования полушарной специализации при более выраженном запаздывании созревания нервных сетей левого полушария и дисфункции лобно-височных отделов мозга [54, 76].

Анализ литературных данных показал, что на протяжении всего периода изучения психического инфантилизма было мало исследований, посвященных связи психической незрелости и невротических расстройств. Так, согласно данным М.И. Буянова [21], Э. Кречмер, W. Cimbал, J. Ruesch, изучивших больных с пограничной симптоматикой, личностная незрелость в виде психофизического инфантилизма служит фоном для развития невротических расстройств, депрессии. С. Haffter, исследовавший лиц, страдавших психическим инфантилизмом, наряду с группами инфантильных психопатов и поздно созревающих нормальных лиц, выделил группу лиц, страдавших неврозом с инфантильными чертами.

В современной литературе имеются лишь упоминания о психическом инфантилизме как о факторе, способствующем развитию неврозов.

Н.Д. Лакосина [65, 66] отмечала, что при сохранении у взрослого человека тех или иных инфантильных черт имеет значение возраст, когда ему пришлось пережить неблагоприятные ситуации, нарушившие формирование личности (моторный, сенсомоторный, аффективный, идеаторный). Например, ребенок, переживший в аффективном периоде длительную разлуку с родителями, будучи взрослым, будет склонен к аффективным реакциям, свойственным именно аффективному этапу формирования психики: чрезмерной аффективной лабильности, непосредственности реакций, впечатлительности, преобладанию эмоциональных оценок над интеллектуальными. Задержка на идеаторном этапе может привести к сохранению таких особенностей, как склонность к рассуждениям, нерешительность и сомнения. В.И. Гарбузов [27] в своей монографии отмечал, что неврозы возникают у лиц с преневротическим личностным радикалом, указывающим на недостаточную степень зрелости личности. Причины возникновения данного радикала уходят корнями в детство и связаны с неправильным воспитанием, неблагоприятными условиями жизни. В качестве основных проявлений преневротического радикала автором указывались эгоцентризм, ущемленное чувство достоинства, дефицит мужественности, чувство несостоятельности, трудности социальной адаптации. В.Я. Семке [94, 95] отмечал, что психический инфантилизм является базой формирования сложных невротических реакций и невротического развития.

В ряде работ психический инфантилизм, инфантилизация рассматривались как вариант реагирования на психотравмирующие ситуации. В исследованиях пограничных психических расстройств при менструальных дисфункциях и бесплодии Э.В. Макаричевой [71, 72] была

выявлена группа пациенток, у которых имелись специфические психические феномены, которые невозможно было уложить в невротические или невротоподобные клинические варианты. Данные проявления были отнесены к признакам парциального психического инфантилизма и заключались в виде таких черт, как наивность, обидчивость, потребность в опеке, склонность к аффективным реакциям, пассивная подчиняемость в семье, снижение способности в полной мере прогнозировать житейские ситуации, опора в поведении в большей степени на желания, чем на объективные возможности. В преморбиде у пациенток данной группы были выявлены инфантильные черты и психастеническая акцентуация характера. В этой группе пациенток, по сравнению с группой невротических и невротоподобных клинических вариантов, отмечались суицидальные тенденции в структуре депрессивного и тревожно-депрессивного синдромов, легкая податливость к психотерапии, повышенная внушаемость, около 90% имели слабую половую конституцию.

На проявления инфантилизации указывали при психических нарушениях у детей, пострадавших при террористических актах, независимо от ведущего психопатологического синдрома, которая проявлялась в несвойственных возрасту детей интересах, в том числе игровых, стремлении к развлечениям, отказе от любых видов интеллектуального напряжения [112].

Как показал анализ литературных источников, имеется ряд работ на стыке таких наук, как психиатрия, психотерапия, клиническая психология, в рамках которых изучалось влияние семейного воспитания на степень личностной зрелости и, в свою очередь, на возникновение и течение невротических расстройств. G.W. Brown [145], M.W. Enns [150] указывали на родительско-детские отношения как на один из главных факторов в происхождении тревожно-фобических, панических расстройств, депрессий. D. O'Rourke et al. [166] в своем исследовании отмечали, что пациенты с паническими расстройствами были лишены в детстве чувства защищенности. Y.A. Almeida, A.E. Nardi [144], V. Manicavasagar et al. [160] свидетельствовали о выраженной сепарационной тревоге, высокой степени зависимости, связанных с увеличением продолжительности нормальной симбиотической фазы и нарушением стадии сепарации-индивидуации в условиях повышенной опеки, которые были характерны пациентам с агорафобией, паническими расстройствами. D.B. Diamond [147] выдвинул концепцию, согласно которой в основе панических состояний лежала тревога распада «Я», тревога утраты целостности «Я».

R. Plomin, A. Daiels [165], M.G. Easburg, W.B. Johnson [147], G. Parker [167], O.F. Kernberg [158], R.M. Rapee [169], E. Kartlander et al. [147] указывали на тревожность, робость, неуверенность в себе, склонность к перфекционизму, заниженную самооценку, низкую стрессоустойчивость в детстве у тревожных больных вследствие высококонтролирующего поведения матерей без должного принятия, выраженного уровня семейной тревожности, которые способствовали формированию склонности к зависимости и симбиотической связи со значимыми близкими.

Связь патологизирующих стилей воспитания, в основе которых лежал повышенный контроль (гиперпротекция, симбиотическая связь), способствующих формированию инфантильности, пассивности, низкой социальной адаптивности у детей и взрослых, рассматривалась и в работах отечественных авторов [43, 55, 69]. А.М. Вейн и соавт. [24] подчеркивали, что у большинства больных агорафобией с паническим расстройством в детстве наблюдались негативные микросоциальные условия, такие стили воспитания, как гиперопека, гипоопека в сочетании с повышенным контролем. Исследования Я.А. Кочеткова, Е.Т. Соколовой [60] объектных отношений у пациентов (в возрасте от 19 до 42) с паническим расстройством и агорафобией с паническими атаками показали незрелость, высокую степень примитивной зависимости поведения. При этом наблюдалась корреляция между тревогой, враждебностью и степенью зависимости в объективных отношениях. А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова [124], исследуя семейный контекст депрессивных больных и больных с тревожными расстройствами в возрасте от 20 до 40 лет, отметили, что их семьи отличаются от группы нормы повышенным контролем со стороны родителей, преобладанием симбиотических отношений.

В рамках онтогенетически-ориентированной семейной психотерапии Э.Г. Эйдемиллер [135, 136] подчеркивал патологизирующее семейное воспитание, в результате которого у больных невротами закладывались следующие личностные параметры: эгоцентрическая направленность личности, незрелость когнитивной и эмоциональной сфер, нарушение полоролевой идентичности. Основу патологизирующего семейного воспитания составляли эмоциональное отвержение членов семей, находящихся в зависимом положении, неразвитость родительских чувств, проекция на близких собственных нежелательных чувств, непринятие детей по полу и др. В качестве индивидуальных способов противодейст-

вия психической травме автор выделяет деструктивные: инфантилизацию и фиксацию, роль в формировании которых отводится семье.

Анализ литературы показал, что проблема психического инфантилизма изучалась в рамках задержки психического развития, психопатий, шизофренического процесса. Взаимосвязь же психического инфантилизма с невротическими и соматоформными расстройствами была косвенно отражена в изучении влияния патологизирующих стилей воспитания на степень зрелости личности. Незрелость личности рассматривалась в качестве одной из причин, снижающей адаптационные возможности индивидуума и являющейся предрасполагающим фактором в развитии невротических расстройств.

1.2. Психологическое направление в интерпретации психического инфантилизма

Как показал анализ психологической литературы, проблема инфантильности наиболее широко была представлена в психоаналитической литературе, где понятие «инфантильности» тесно взаимосвязано с понятиями регрессии и зависимости.

З. Фрейд [121] рассматривает инфантильность как фиксацию на определенной стадии развития. Инфантильная реакция представляет собой защитный механизм в виде регрессии, т.е. возвращение на более ранний уровень развития с целью снять или смягчить тревожность «детскими» способами. Сама тревожность также рассматривается как инфантильная реакция, возникающая в детский период, а тревога при взрослых неврозах является лишь повторением инфантильной тревоги, связанной с теми условиями, которые ее вызывали (рождение, страх кастрации). З. Фрейд, в целом, связывает развитие неврозов с регрессией, выделяя два ее вида: возврат к первым захваченным либидо объектам и возврат общей сексуальной организации на более раннюю ступень. В связи с этим наибольшее значение в плане развития неврозов придавалось Эдипову комплексу, сопровождающей его подавленной враждебности и, как следствие, возникновению инфантильной тревожности. Эдипов комплекс, порожденный сексуальным влечением к родителям, рассматривался как инфантильная привязанность, зависимость от родителей.

Ряд авторов [122, 125] в большей степени указывают на культурно-социальные причины развития Эдипова комплекса: неудовлетворенность родителями в эмоциональных контактах, конфликты, их автори-

тарность, что приводили к тому, что ребенок оставался эмоционально зависимым, инфантильным.

Мак-Вильямс [73] связывает тип личности пациентов с фиксацией на определенной психосексуальной стадии развития: оральной (симбиотической) – психотический, анальной – пограничный, на эдиповой – невротический.

А.Фрейд [18, 120] выделяет регрессию инстинктов и регрессию Эго. Принципиальные различия заключаются в том, что для регрессии инстинктов была характерна фиксация на предыдущих стадиях развития, связанная с чрезмерной фрустрацией, которая давала о себе знать и в зрелости. При регрессии инстинктов до точек фиксации защитные механизмы, включенные Эго и Суперэго, оказывались неадекватными, что приводило к образованию симптомов (истерические фобии, навязчивость, задержки и неврозы характера), в основе которых лежал глубокий внутренний конфликт. Регрессия Эго являлась временной и заключалась в потере новейших достижений. При этом процессы прогрессии и возвраты к инфантильному поведению рассматривались как необходимые в нормальном развитии ребенка.

М. Mahler [161], исследовавшая процесс становления идентичности личности ребенка, нормальные и патологические черты этого процесса, описывая стадию сепарации-индивидуации, выделяет подфазу воссоединения, возвращения («рапрошман»). Данная подфаза проявляется в конце второго года, когда ребенок начинает демонстрировать независимость, однако в некоторых ситуациях возникает страх потерять симбиотическую связь с матерью. Данная фаза оказывает большое влияние на формирование характера человека, в частности на эмоциональную сферу. Если мать не проявляет достаточного внимания, то ребенок в будущем возможно будет плохо относиться как к ней, так и к самому себе. Если же ребенок может принять ситуации, когда мать не удовлетворяет его потребности, объединить «плохие» и «хорошие» образы матери и создать устойчивый образ самого себя, тогда в более взрослом состоянии он сможет адекватно воспринимать как положительные, так и отрицательные собственные качества. Вариант, когда ребенок воспринимает мать только как «хорошую», и для того чтобы заслужить ее любовь, сознательно отказывается от удовлетворения своих потребностей, в последующем может сформировать зависимость от принятия или непринятия значимыми другими. М. Малер считала, что для развития независимого эго-функционирования необходимо установление константности эмоционального объекта, что предполагает интериоризацию функ-

ций регуляции эмоций, ранее выполняемых матерью, что формируется на следующей фазе стадии сепарации – индивидуации [113].

Согласно концепции базисного дефекта М. Балинта [8], расхождение между психобиологическими потребностями и количеством доступной заботы и любви на ранних этапах развития индивида ведет к образованию базисного дефекта. В зрелом возрасте базисный дефект может актуализироваться под воздействием нарастающих требований жизни и в силу недостаточности имеющихся примитивных защитных механизмов способствовать формированию неврозов, психосоматических расстройств. Как писал М. Балинт, «... неврозам или психозам обязательно свойственны некоторые инфантильные черты, и психотерапевт всегда должен понимать, что он так или иначе имеет дело с ребенком в своем пациенте» [8].

К. Хорни [125], описывая черты невротической личности, выделила несколько невротических потребностей. Доминирующее место отводилось невротической потребности в любви, которая характеризовалась чрезмерной зависимостью от одобрения или расположения со стороны других людей. Зависимость проявлялась, с одной стороны, повышенной чувствительностью, иногда тщательно скрываемой, с другой – внутренней незащищенностью, чувством неполноценности. Формирование зависимости происходило в детстве в условиях искусственно поддерживаемой беспомощности вследствие запугивания, чрезмерно изнеженного воспитания, или когда родители в силу собственных невротических наклонностей старались «продлить его инфантильное неведение окружающего мира» [126]. Во взрослом состоянии эмоциональная зависимость вела к позиции подчинения, в результате чего человек терпел незаслуженную критику, порой пренебрежение, испытывал чувство обиды, но из-за страха потери другого принимал данное положение вещей. Невротическая потребность в любви была основана на чувстве беспомощности, неполноценности, имеющем навязчивый характер. Однако глубинной причиной данной потребности являлась базальная тревожность. Чувство неполноценности носило защитный характер, т.к., принося собственное «Я», себя в своем представлении, сдерживая честолюбие и отводя себе только вторые роли, невротик снижал тревожность, связанную с соперничеством. Таким образом, в невротической потребности в любви взаимно переплетались тревожность, чувство эмоциональной зависимости, беспомощности, страх потери, обиды.

Э. Фромм [123], интерпретируя личность человека, в качестве психологической защиты, отмечал повышенный конформизм, приспособ-

ленчество к другим людям, условиям жизни. Также Э.Фромм среди расстройств личности особо выделял, наряду с некрофилией, злокачественным нарциссизмом, инцестуальный симбиоз, проявления которого заключались в чрезмерной зависимости от матери или заменяющего ее человека, а отсутствие такого приводило его к тревоге, страху, депрессии.

Как уже отмечалось, наряду с понятием «инфантильность» в психологической литературе часто встречается понятие «зависимость», т.к. инфантильность, как правило, связана с ранними этапами развития личности человека, где зависимость носит физиологически необходимый характер.

Понятие «зависимости» имеет два противоположных значения для личности человека. Отрицательное значение связано с подчинением, несамостоятельностью в принятии решений, причина которых находилась на ранних этапах развития. Например, Эдипов комплекс, порожденный сексуальным влечением к родителям [121] или эмоционально-социальными проблемами родителей [122, 125], мог в последующем формировать инфантильную зависимость от родителей. К. Хорни [126] отмечала, что для структуры смиренного типа личности характерна болезненная зависимость, которая могла проявляться между друзьями, родителем и ребенком, учителем и учеником, врачом и пациентом и т.д.

В рамках эго-психологии зависимость, особенно на самых ранних этапах, рассматривалась как необходимое условие для нормального развития ребенка. Д. Боулби [12, 13] в «концепции привязанности» отмечал, что привязанность к матери – это врожденное поведение. В процессе взаимодействия матери и ребенка эмоциональная связь, дающая чувство комфорта и безопасности, накладывает отпечаток на восприятие себя и окружающего мира. Дети-подростки с надежной привязанностью являются более независимыми, адаптированными, коммуникативными, способными использовать помощь окружающих в трудных ситуациях. В старших возрастных периодах привязанность сохраняется, однако объект привязанности может изменяться. В подростковом и в более зрелом возрасте привязанность к родителям ослабевает, но появляется по отношению к другим значимым внесемейного круга, сверстникам. Поведение привязанности является продолжением поведения привязанности в детстве, и оно легче проявляется в ситуациях болезни, внезапной катастрофы, в тех условиях, где оно естественно. В связи с этим Д. Боулби указывал на необходимость дифференциации понятий «зависимость», «подчиненное поведение» от понятия «привязанность».

«Зависимость» означает, в какой степени один индивид полагается на другого в своей жизни»[12]. При этом зависимость несет негативный оттенок, в то время как привязанность определяется как положительное качество личности. Л. Боулби подверг анализу такие термины: «катексис», введенный З. Фрейдом, «аффилиация», введенный Мюррей. По мнению Л. Боулби, трудность использования термина «катексис» заключается в том, что он не дает «различий между объектом, на который направлено поведение привязанности, и объектом, которому адресовано сексуальное поведение». Термин «аффилиация» – более широкого содержания, обозначающий желание быть среди людей, взаимодействовать с ними, при этом может иметь направленность сразу на нескольких людей. В дальнейшем Мюррей вводит понятие «потребность в опеке» (или потребность в поддержке), и уже зависимость определяется как сочетание «аффилиации» и «потребности в опеке» [12].

М. Балинт [8] в своих исследованиях обращался к концепции оральной зависимости, отмечая, что она является отношениями взаимозависимости: мать находится в такой же степени либидинозной зависимости от ребенка, как и ребенок от нее. По данным М. Балинта, концепция «оральной зависимости» являлась относительно новой, и он отмечал, что «термин «зависимость» в рассматриваемом аспекте без сопутствующего «оральная» упоминался в работах Fenichel. Оральную зависимость в таком сочетании впервые употребил Ф. Александер в 1950 году, в последующем данный термин «зависимость» встречается в работах Д. Винникота» [8].

Как отмечал ряд исследователей [117, 120, 122, 126, 161], личность человека может сочетать в себе и черты независимости, и черты зависимости. К.Хорни [126] указывала, что часть пациентов в одних сферах жизни проявляли зрелость жизненной платформы, стрессоустойчивость, в других же – напротив, демонстрировали несамостоятельность, личностную незрелость, инфантильный способ реагирования в травмирующих ситуациях, т.е. эти пациенты сочетали в себе одновременно и независимость, и зависимость. В сферах жизни, в которых были актуализированы проявления личностной незрелости, у одних они напрямую были связаны с неразрешенными проблемами в детском возрасте, например: неудачи в завоевании любви отвергающей матери перерастали в повышенную потребность в партнере. В результате в данных отношениях повторялись детские поведенческие и эмоциональные стереотипы, проявлялась двойная зависимость – зависимость от принятия или непринятия партнером,

от постоянного завоевания любви и подтверждения ее, а также зависимость от своих детских неразрешенных проблем. Э. Фромм [122] также указывал на двойственность человеческой натуры: стремление к свободе, независимости, которая, однако, сама и порождает отчуждение, защиту от которой человек может находить в зависимости от других, конформизме.

На взаимосвязь зависимости и независимости у детей обращала внимание и А. Фрейд [18], объясняя это тем, что, срастаясь с родительскими фигурами, ребенок способен приобрести определенную независимость от них, однако внешне независимый ребенок внутренне может быть крайне зависимым. Как позже показала М. Малер [113], независимость является обратной стороной зависимости: зависимость ребенка можно понять через его стремление к независимости и наоборот. В случае невротического отрицания действительности отношения зависимости оказались непржитыми или нарушился баланс между зависимостью и независимостью. Поэтому зависимое поведение могло оказывать как позитивное влияние на развитие, так и носить защитный характер.

Как показал анализ психодинамической литературы, патогенез психосоматических расстройств часто рассматривается с позиций инфантильности, инфантильной зависимости, симбиотической связи, регрессии, в основном в рамках теории Эго-психологии, теорий объектных отношений. Так, соматизация характеризуется как регрессия, являющаяся собой беспомощность и детские модели поведения. Инфантильная личность использует регрессию-соматизацию как основную стратегию преодоления жизненных трудностей [73, 162, 163]. Д. Райх в качестве главного фактора развития психосоматического заболевания выделял инфантильную личность, которая характеризовалась зависимостью, пассивностью, детскими способами мышления и поведения, симбиотической связью с матерью [25, 138]. Ф. Александер [2] в теории специфичности интрапсихического конфликта указал 2 варианта вегетативных реакций на эмоциональную реакцию: один из них – в виде ответа парасимпатического отдела нервной системы, реализуемого при наличии инфантильной зависимости и отсутствии активности. В результате данного ответа могли развиваться язвенная болезнь, язвенный колит, бронхиальная астма. Н. Freyberger [152], G. Overbeck, W. Biebl [164] в качестве причины развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки рассматривали ситуации потери зависимости, страха оказаться покинутым у зависимо-пассивных личностей. Инфантильность, эмоциональная незрелость больных с язвенным колитом, связь начала забо-

левания с потерей значимого объекта отмечали Н.Freyberger [151 155], Любан-Плоцца и др. [70]. Среди личностных черт, предрасполагающих к развитию бронхиальной астмы относят инфантилизм, незрелость психологических защит, низкий уровень стрессоустойчивости [74]. В рамках теорий Эго-психологии М.Шур создал теорию «десоматизации – ресоматизации», в основе которой лежит регрессия Эго. Процесс десоматизации заключается в том, что в детстве у ребенка преобладали физиологические реакции, а по мере взросления реакции приобретают психический (внутренний) характер, появляется контроль эмоций. При психосоматическом заболевании происходит возврат к ранним физиологическим способам реагирования – ресоматизация [23].

На связь развития психосоматических заболеваний с потерей значимого объекта при сохранении патологических симбиотических связей указывали G.Engel [149], Н.Freyberher [153], В.Д.Тополянский, М.В.Струковская [116]. Теория Н.Kohut «Я – Я-объектных отношений» рассматривает становление «Я» ребенка в результате взаимодействия с родителями, переживаемое им как «Я-объекты» – составные части себя. В том случае, если взаимоотношения носят неадекватный характер, это ведет к нарушению формирования «Я», самоуважения, что во взрослой жизни проявляется необходимостью человека, выполняющего функцию регуляции внутреннего равновесия [99, 100].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что регрессия, зависимость, инфантильность – это нормативные проявления детского возраста, необходимые для психического развития ребенка. Однако в силу определенных обстоятельств (фиксаций и т.д.) данные проявления становятся привычными защитными реакциями и сохраняются у взрослых людей. Многие защитные механизмы, приобретенные в детские годы, начинают функционировать как определенные личностные черты.

В ряде психологических направлений используются понятия «зрелость» или «незрелость» личности. Согласно структурному анализу Э. Берна [10], личность каждого человека располагает тремя эго-состояниями: эго-состояние Родитель, эго-состояние Взрослый и эго-состояние Ребенок. Поэтому использование понятий «зрелости» или «незрелости» в рамках этой концепции считается неприемлемым. В данном случае понятие «незрелый человек» трактуется как человек, предпочитающий проявлять эго-состояние Ребенок более часто, чем другой. Эго-состояние Ребенка основывается на дологическом мышлении, слабодифференцированном и искаженном восприятии, с проявлением регрессивных тенден-

ций. В ситуациях, в которых преобладает Ребенок, восприятие действительности происходит согласно прошлому, детскому опыту, поведенческим и эмоциональным стереотипам и возможностям. Большинство невротических и психосоматических расстройств Э. Берн связывал с эго-состоянием Ребенка личности пациента, недоразвитости, недостаточности контроля эго-состояния Взрослого, конфронтацией между этими эго-состояниями. Лицам с неврастенией, ипохондрией, психосоматическими расстройствами демонстрировали реакции на психотравмирующие состояния, приобретенные в детстве, заимствованные у родителей, несмотря на деструктивный их характер, проявление зависимости от них. Сами игры представляют зависимость сами по себе, т.к. пациенты не имеют и не хотят использовать другие адаптивные способы реагирования.

Согласно гештальт-психологии, зрелая личность – это личность, которая при решении проблем опирается на свои собственные внутренние ресурсы и преодолевает стремление получать поддержку из окружающего мира. Невротическая личность характеризуется размытостью границ «Я», слиянием с внешним миром. И поэтому поведение невротика в силу отсутствия уверенности в себе, с целью самосохранения определяется зависимостью [48].

В рамках проблемы идентичности личности по мере взросления человека происходят изменения идентификации от неосознаваемости к осознаваемости, от тотальной идентификации с родителями до выборочной, от доминирования эмоционального компонента к превалированию когнитивных и социальных компонентов. Нарушение этих процессов может привести к диффузности идентичности, что также может выступать как признак инфантильности [9, 132, 140].

М. Seligman [170] рассматривал в качестве причины эмоциональных и психосоматических расстройств состояние «обученной беспомощности», когда недостаток социально-психологической поддержки сам по себе уже являлся психотравмирующей ситуацией. В.А. Петровский [10] ввел понятие «зона выученной беспомощности», которая определяется тем, что человек уклоняется от выполнения какой-либо деятельности, надеясь на помощь другого.

Е.Т. Соколова [106] рассматривала зависимость как системное свойство самосознания, предполагающее слабую дифференцированность и специализированность образующих его подсистем: аффективной и когнитивной. Смещение баланса когнитивно-аффективных составляющих в сторону последних означает низкий уровень самосознания,

диффузность «границ Я», что делает личное пространство доступным для проникновения извне чужих оценок, идей мнений о «Я» и окружающем мире, а отсюда – и сверхзависимость самоотношения от оценок значимых других. Согласно этому, зависимость считается центральным радикалом пограничной личностной структуры.

В.Д. Тополянский, М.В. Струковская [116] указывали на психический инфантилизм как на особенность лиц с психосоматическими расстройствами, проявляющуюся неадекватной эмоциональной окраской одной из потребностей данного момента при игнорировании других интересов личности.

В отечественной социальной психологии проблему психического инфантилизма рассматривали в контексте проблемы «социализации» и «социальной зрелости личности» Б.Г. Ананьев [5], Г.М. Андреева [6], И.С. Кон [57, 58], Г.Г. Александрова [3].

В.А. Мялкин [82], изучая особенности осознания себя и своих действий у несовершеннолетних с психическим инфантилизмом в юридически значимых ситуациях, выявил следующие признаки психической незрелости: идеальное «Я» не отличается от «Я» реального, слабо развитую рефлекссию, низкую самооценку, сниженную способность к прогнозу, психологические защиты в виде регрессии, замещения (агрессивность), отрицание (доверчивость).

С.Ю. Шакурина [133] исследовала феномен социального и психического инфантилизма (причины и проявления) у женщин в местах лишения свободы в зависимости от длительности и частоты пребывания. На формирование инфантилизма в данных условиях влияли: длительность пребывания, продолжительное ограничение самостоятельности личности, круга общения, возможных видов деятельности, проявления стереотипности поведения в условиях социальной депривации.

А.А. Серегина [97, 98] обследовала безработную молодежь в возрасте от 24 до 30 лет на наличие психического инфантилизма с помощью авторской методики – опросник «УВИ», выявляющий уровень выраженности инфантилизма у молодежи в возрасте до 30 лет. А также разработала и апробировала комплексную, дифференцированную программу по преодолению социально-психологической и эмоционально-волевой незрелости у безработной молодежи.

Как показал анализ психологической литературы, проблема психического инфантилизма в психодинамическом направлении психологии рассматривается с позиций психологических защит в частности регрес-

сии, инфантильной зависимости, в других направлениях с позиций зрелости, идентичности, социального созревания личности.

1.3. Понятие, классификации и семиотика психического инфантилизма

Впервые понятие «психический инфантилизм» ввел Е. Ласег, о чем было сказано выше. Термин «психический инфантилизм» по отношению к детям с задержками развития был введен в начале XX столетия немецким психиатром G. Anton [114].

Как показал анализ медицинской и психологической литературы, современная трактовка понятия «психический инфантилизм» не имеет различий. Психический инфантилизм взрослых рассматривается как сохранение в психике и поведении особенностей, присущих детскому возрасту. Психический инфантилизм в рамках детского возраста чаще трактуется как неравномерность созревания отдельных психических функций и сфер. Однако при определении психического инфантилизма любого возраста внимание акцентируется на эмоционально-волевой незрелости.

В психологической литературе встречается понятие личностный инфантилизм и инфантилизм социальный. Понятие «личностный инфантилизм» часто используется как синоним психического инфантилизма: «индивид, которому свойственен личностный инфантилизм при нормальном или даже ускоренном развитии отличается незрелостью эмоционально-волевой сферы, которая характеризуется несамостоятельностью решений и действий, чувством незащищенности, в пониженной критичности по отношению к себе, повышенных требованиях к заботе других о себе, в компенсаторных реакциях (фантазирование, эгоцентризм и т.д.)» [88]. Социальный инфантилизм проявляется незрелостью в нравственных и правовых сферах жизни.

Распространенность психического инфантилизма, по данным психиатрической эпидемиологии детского возраста, составляет – 1,6%, в нерезко выраженной степени его можно встретить у 10% подростков [107]. Данные о распространенности психического инфантилизма в более поздних возрастных периодах отсутствуют.

В качестве причин психического инфантилизма рассматриваются: конституционально-генетическая предрасположенность; легкие поражения головного мозга инфекционной, интоксикационной, травматической природы. Действие патогенных факторов приходится на последние

месяцы беременности и период родов. М.С. Певзнер [37, 38] указывает, что при психофизическом инфантилизме наблюдается замедленный темп созревания лобной области и ее связей с другими областями коры и подкорковых образований, что подтверждается электроэнцефалографическими данными. К.С. Лебединская [68], В.В. Ковалев [56] среди причин психического инфантилизма выделяют психогенные факторы, в частности стили воспитания: гиперопека, гипоопека, воспитание по типу «ежовых рукавиц». В качестве причин инфантилизма указываются длительные госпитализации и ограничения двигательной активности при тяжелых соматических заболеваниях, при повторных операциях и частых госпитализациях [107].

Первые попытки классифицировать психический инфантилизм по этиологическому принципу были предприняты G. Anton на рубеже XIX-XX вв.: он подразделил инфантилизм на тотальный и парциальный. К причинам тотального инфантилизма G. Anton относил эндокринопатии, в рамках последнего он выделил дистрофический инфантилизм, связанный с врожденным сифилисом, тяжелыми инфекциями и травмами головного мозга в раннем детстве. Причинами парциального инфантилизма, под которым понимались легкие признаки инфантилизма без интеллектуального дефекта, отмечались недостаточность половых желез, врожденные пороки сердца. Им же был выделен «чистый» психический инфантилизм, связанный с конституциональной предрасположенностью. Позднее появились термины «психосексуальный» инфантилизм, сексопатический инфантилизм, проявлениями которых были: позднее начало половой жизни, органические нарушения половой сферы [21].

Первая клиническая классификация психического инфантилизма была создана Г.Е. Сухаревой [111]. Она выделила следующие клинические варианты психического инфантилизма: 1) гармоничный; 2) дисгармоничный; 3) органический. Гармоничный инфантилизм характеризуется равномерной задержкой темпа физического и психического развития. Он проявляется незрелыми эмоциональными реакциями, капризностью, быстрой пресыщаемостью, преобладанием игровых интересов, у подростков – приводит к развитию слабоволия, проявляющегося, в первую очередь, чрезмерной внушаемостью и подчиняемостью, наивностью, склонностью к эмоциональным решениям. Дисгармоничный тип психического инфантилизма характеризуется тем, что, помимо основных проявлений гармоничного инфантилизма, резко выделяется одна или несколько черт характера: возбудимость, слабоволие, склонность

ко лжи и т.д. Для органического инфантилизма характерны нарушения интеллекта, инертность мышления, истощаемость, снижение эмоциональной живости, бедность воображения, двигательная расторможенность, недостаточный уровень критичности. В.В. Ковалев [55] выделяет простой инфантилизм, соответствующий гармоничному инфантилизму по классификации Г.Е. Сухаревой, и осложненный – органический, церебрастенический, невропатический, с психопатическими чертам. У М.И. Буянова [19] мы наблюдаем следующие варианты дисгармоничного инфантилизма: возбудимый вариант, проявляющийся взрывчатостью, повышенной конфликтностью, обидчивостью, обостренным чувством несправедливости. Как отмечает автор, при отсутствии дополнительных вредностей к 20 годам у двух трети лиц с данным вариантом инфантилизма признаки незрелости проходили, однако у одной трети наблюдался переход в психопатии. Неустойчивый вариант дисгармоничного инфантилизма, в первую очередь, характеризовался болезненным слабоволием, несамостоятельностью, трудностью принятия решения и доведения дела самостоятельно. Третий вариант дисгармоничного инфантилизма – истерический – включает три подвида: с патологической жадой признания, с ненормальной лживостью и с чрезмерной склонностью к фантазированию. У одной четвертой части черты истерического дисгармоничного инфантилизма трансформировались в истерическую психопатию. В исследовании В.А. Гурьевой [35] встречается «кризовый» вариант психического инфантилизма, описанный выше.

Таким образом, современная классификация психического инфантилизма включает: гармоничный (простой), дисгармоничный, органический и психогенный [68]. В рамках данной классификации выделяют осложненные варианты органического инфантилизма: церебрастенический, невропатический, диспропорциональный и инфантилизм при эндокринопатиях. Психогенный вариант является наименее изученным, его проявления которого зависят от преобладающего стиля воспитания ребенка. При воспитании по типу гиперпротекции формируются такие качества психического инфантилизма, как эгоцентризм, несамостоятельность, психическая невыносимость, неспособность к напряжению. При гипоопеке в сочетании с деспотичным воспитанием личностная незрелость будет проявляться сниженной инициативой, несамостоятельностью, ориентацией на мнение окружающих, нерешительностью.

Выделяется тотальный инфантилизм, характеризующийся «относительно равномерной незрелостью всех психических сфер», парциальный

инфантилизм – незрелостью одной или нескольких сфер психической деятельности. По этиопатогенезу и клинической картине различаются по (наличию или отсутствию физического недоразвития, сопутствующей патологии): инфантилизм на фоне нормального или акселерированного физического развития, диагностируемый в среднем и старшем подростковом возрасте, проявляющийся задержкой становления чувства долга, ответственности, т.е. недоразвитием социально-психологических качеств личности, неосложненный (простой, психофизический, гармоничный) и осложненный инфантилизм (черты незрелости в сочетании с патологией), включающий: органический, соматогенный, эндокринопатический (дисгармоничный) и гипофизарный инфантилизм). Выделяется отдельно понятие «инфантилизация личности», которое связано прежде всего с потворствующей гиперпротекцией, воспитанию по типу «кумир семьи» [107]. Возможно, данное понятие соответствует психогенному инфантилизму по К.С. Лебединской.

Все представленные классификации психического инфантилизма разработаны для детского и подросткового возрастов и не могут быть в полной мере использованы в описании психического инфантилизма у взрослого населения. Проблема психического инфантилизма у взрослого населения частично раскрывается в работах В.Я. Семке [94, 95], С.Ю. Циркина [128, 129].

В.Я. Семке [94, 95] с клинических и социально-психологических позиций выделяет 2 варианта инфантилизма у лиц с истерическим радикалом. При первом варианте «наряду с созреванием важных для социализации личности структур, в рудиментарном состоянии продолжают функционировать не подвергшиеся обратному развитию структуры детства и юности». Как указывает автор, незрелые структуры не мешают приспособительным реакциям, некоторые из них могут оказывать положительное влияние на профессиональную сферу, наблюдается достаточная социальная адаптация. Данный вариант инфантилизма преобладает при невротических и психотических истерических образованиях, которые возникают в условиях индивидуально неразрешимых микросоциальных конфликтов. Второй вариант инфантилизма наблюдается в том случае, если «незрелые структуры замещают функции задержанных неразвившихся систем». В качестве примера приводится незрелость полового влечения, когда «создается вакуум, который заполняется инфантильными эмоциями». По мнению автора, данный вариант распространен в патохарактерологической подгруппе. Такие личности, имея детские

поведенческие и эмоциональные стереотипы, обнаруживают социальную несостоятельность, и на этом фоне могут формироваться сложные невротические и патохарактерологические реакции и развития.

Согласно концепции истинного инфантилизма С.Ю.Циркина [128, 129], в основе инфантилизма лежит эмоциональная живость, которая является определяющим параметром для других проявлений инфантилизма (неконтролируемость поведения, влечений т.д.). Эмоциональная живость в детско-подростковом возрасте с присущей ей пластичностью, легкостью возникновения, непродолжительностью, быстрой сменяемостью и как следствием – нетерпеливостью обеспечивает психическое развитие ребенка, настроенность познания вширь. Наглядно-образное мышление является базой для формирования воображения, фантазии. В подростковом возрасте наряду с эмоциональной живостью, познания приобретают направленность вглубь, активизируется борьба за самоутверждение, несмотря на зависимость от группы сохраняется эмоциональная обусловленность поведения. В зрелом возрасте эмоциональная живость утрачивается, появляется когнитивный контроль за поведением, опытность, сужается круг интересов, что является биологически и социально-психологически обусловленным. При этом автор отмечает, что «для благополучного существования популяция должна включать оба варианта эмоционального и когнитивного функционирования: как с утратой, так и сохранением детских особенностей. Поэтому и тот, и другой следует рассматривать как норму» [128]. Если же указанные особенности детско-подросткового возраста превалируют во взрослом состоянии, стоит говорить о психическом инфантилизме.

Истинный инфантилизм необходимо дифференцировать от псевдоинфантилизма (средового и болезненного). **Средовой псевдоинфантилизм** связан с неинформированностью и несостоятельностью в повседневных делах у взрослых в условиях дефицита информации и невозможности вследствие этого развития навыков. По мнению автора, в данном случае целесообразно использовать психолого-социальные термины: «педагогическая запущенность» у детей, примитивность – у взрослых. **Болезненный псевдоинфантилизм** наблюдается в случае психического расстройства (умственной отсталости, личностных (нажитых или врожденных) аномалиях, при психопатологическом диатезе и шизофрении). Конституциональные и приобретенные личностные аномалии включают не критичность в суждениях и эмоциональную дефицитарность, именно эти проявления позволяют дифференцировать патологичный псевдоин-

фантилизм и истинный инфантилизм. Если инфантильное поведение корректируется вслед за осмыслением ситуации, то для псевдоинфантилизма свойственны поступки, последствия которых сразу не осознаются, поскольку сильные эмоции замедляют когнитивные оценки. Однако при инфантилизме у психически здоровых лиц тенденция к реагированию характеризует лишь начальные его этапы и простые реакции трансформируются в сложные: негодование переходит в иронию, к радости примешивается сожаление о ее недолговечности. При псевдоинфантилизме в результате личностной дефицитарности эмоциональное содержание реакций не подвергается существенной динамике», т.е. для истинного инфантилизма характерны последующее осмысление ситуации и динамика эмоциональных реакций и с их усложнением.

В.И. Linberg [159] впервые предпринял попытку выделения черт, характеризующих инфантильную личность: преобладание «детских» суждений, игровой деятельности, внушаемости, эгоцентризма, слабости эмоционально-волевых установок, любопытства, яркости воображения, робости, нерешительности, отвлекаемости, повышенной истощаемости, неусидчивости, добродушия, наивности, склонности к сексуальным перверсиям, сверхценным влечениям и увлечениям. Л.О. Чахкиева [130] в своей работе описала семиологию психического инфантилизма в рамках психопатий: наивность, прямодушная восторженность; эгоизм и эгоцентризм; эмоциональная лабильность и яркое фантазирование; формально-обязательное исполнение долга и подчиненность; беззаботность и равнодушие; неустойчивость интересов и отвлекаемость; обидчивость и впечатлительность; робость и застенчивость – эти черты можно условно отнести к проявлениям инфантилизма. А.А.Серегина [97], изучая особенности психического инфантилизма у безработной молодежи, предложила структурно-динамическую модель инфантилизма, включающую психологический компонент (незрелость эмоционально-волевой сферы, слабая потребность в достижениях, отсутствие трудовых мотивов, слабость развития, способность к рефлексии), социальный компонент (несамостоятельность решений и действий, зависимость личности от других, хаотичность поведения, позиция иждивенца, гедонизм, несформированность преодолевающего поведения) и физический компонент.

Согласно концепции зависимой личности В.Д.Менделевича [81], главной характеристикой зависимой личности является психический инфантилизм, проявлениями которого, наряду с зависимостью, являют-

ся внушаемость, эмоциональная неустойчивость, страх быть покинутым, прогностическая некомпетентность, доверчивость, ригидность, эгоцентризм, максимализм, нетерпеливость, впечатлительность.

Как показал анализ медицинской литературы, проблеме психического инфантилизма на современном этапе развития психиатрии практически не уделяется внимания, в большей степени данная проблема находится в поле зрения психологов и социологов. До сих пор нет четких границ между понятиями «психический инфантилизм», «инфантильность». Несмотря на накопленные научные данные, проблема взаимосвязи психического инфантилизма с невротическими расстройствами остается до настоящего времени недостаточно изученной. Не раскрыто клинико-психологическое содержание инфантильных черт, не описана и не систематизирована структурно-динамическая характеристика инфантилизма, не определена роль психического инфантилизма в этиопатогенезе невротических расстройств. Все вышеперечисленное позволяет утверждать, что данная проблема имеет научную актуальность и требует новых исследовательских подходов.

ГЛАВА 2

Материал и методы исследования

2.1. Общая характеристика обследованных больных

Исследование проводилось на базе дневного стационара №3 (психотерапевтическое отделение) Республиканской клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева г. Казани сплошным безвыборочным методом. В работе представлены результаты изучения выборки, сформированной из больных с невротическими и соматоформными расстройствами. Выборку исследования составили 124 испытуемых, из них в первую группу вошли 98 пациентов с невротическими расстройствами, во вторую группу – 26 пациентов с соматоформными расстройствами. Группа пациентов с невротическими расстройствами была представлена следующими клиническими формами: 1) тревожно-фобическими расстройствами – 27 пациентов (27,6%); 2) расстройством адаптации – 28 (28,6%); 3) диссоциативными (конверсионными) расстройствами – 17 (17,3%); 4) неврастения – 26 (26,5%) человек. Отсутствие в выборке пациентов с обсессивно-компульсивными расстройствами было связано с малой обращаемостью за специализированной медицинской помощью, что находило подтверждение в литературных данных [87]. Группа соматоформных расстройств была представлена нозологическими формами: 1) ипохондрическое расстройство – 13 пациентов (50%); соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы – 13 (50%).

В исследование не включались:

1. Больные с диагнозом шизофрения и другими бредовыми расстройствами (*F20-F29* в соответствии с МКБ-10).
2. Больные с выраженной органической патологией головного мозга, эндокринными и соматическими заболеваниями, которые сопровождаются сходной психопатологической и соматической симптоматикой.

Распределение пациентов с невротическими расстройствами по диагностическим рубрикам, согласно МКБ-10, представлено в табл. 1, пациентов с соматоформными расстройствами представлено в табл. 2.

Таблица 1

**Распределение по диагностическим рубрикам по МКБ – 10
в группе пациентов с невротическими расстройствами (группа 1)**

Диагностические рубрики	Количество пациентов абс. (%)
1. Тревожно-фобические расстройства:	27, из них
- агорафобия (с/без панического расстройства) <i>F40.00- F40.01</i>	11 (40,7)
- генерализованное тревожное расстройство <i>F41.1</i>	8 (29,6)
- смешанное тревожное и депрессивное расстройство <i>F41.2</i>	8 (29,6)
2. Расстройство адаптации <i>F43.2</i>	Всего 28, из них
- кратковременная депрессивная реакция <i>F43.20</i>	4 (14,3)
- пролонгированная депрессивная реакция <i>F43.21</i>	18 (64,3)
- смешанная тревожная и депрессивная реакция <i>F43.22</i>	6 (21,4)
3. Неврастения <i>F48</i>	26
4. Диссоциативные (конверсионные) расстройства <i>F44</i>	Всего 17, из них
- диссоциативные (конверсионные) расстройства моторики <i>F44.4</i>	4 (23,5)
- диссоциативные (конверсионные) расстройства, смешанные <i>F44.7</i>	13 (76,5)

Таблица 2

**Распределение по диагностическим рубрикам по МКБ – 10
в группе пациентов с соматоформными расстройствами (группа 2)**

Диагностические рубрики	Количество пациентов абс. (%)
1. Ипохондрическое расстройство <i>F45.2</i>	13 (50)
2. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы <i>F45.3</i>	13 (50)
- сердца и сердечно-сосудистой системы <i>F45.30</i>	6 (46,2)
- верхнего отдела желудочно-кишечного тракта <i>F45.31</i>	3 (23)
- нижнего отдела желудочно-кишечного тракта <i>F45.32</i>	2 (15,4)
- дыхательной системы <i>F45.33</i>	2 (15,4)

Согласно приведенным данным, в группе 1 преобладали пациенты с тревожно-фобическими расстройствами, неврастенией и расстройством адаптации, которые были представлены в равной степени. Меньшее количество пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройст-

вами было связано: 1) с размытостью границ диагноза «истерический невроз» в отечественной психиатрии и в новой классификации болезней (МКБ-10); 2) трудности отбора пациентов заключались в необходимости соответствия следующим критериям: а) отсутствие органического диагноза, но поскольку у части пациентов все же наблюдалась сопутствующая неврологическая и соматическая патология, не исключающая подобных клинических проявлений, то больные не включались в данную группу; б) наличие личностного конфликта, первичной и вторичной выгоды [87].

В группе 2 в равной степени были представлены пациенты с ипохондрическим расстройством и соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы.

Данные социально-демографических характеристик всех обследованных представлены в табл. 3, 4 и в приложениях 1 и 2.

Таблица 3

**Социально-демографические данные пациентов
с невротическими расстройствами**

Характеристики	Пациенты с неврастенией (26 чел.)		Пациенты с тревожно-фобическими расстройствами (27 чел.)		Пациенты с расстройством адаптации (28 чел.)		Пациенты с диссоциативными расстройствами (17 чел.)		Пациенты с невротическими расстройствами (98 чел.)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Высшее образование	15	57,7	12	44,4	11	39,2	9	53	47	48,5
Незаконченное высшее	0	0	1	3,7	3	10,7	1	5,9	5	5,1
Среднее специальное	9	34,6	12	44,4	14	50	6	35,2	41	42
Служащие	16	61,5	12	44,4	17	60,7	13	76,4	57	60,8
Рабочие	8	30,8	13	48,1	9	32,1	3	17,6	31	32,2
Учащиеся вузов	2	7,7	2	7,7	0	0	1	5,9	5	5,1
Руководящие должности	10	38,5	1	7,4	0	0	2	11,8	13	13,8
Замужем / женаты	11	42,3	15	55,5	12	42,8	7	41,2	45	45,9
Имеют детей	13	50	20	74	22	78,4	15	88,2	70	71,4

**Социально-демографические данные пациентов
с соматоформными расстройствами**

Характеристики	Пациенты с ипохондрическим расстройством (13 чел.)		Пациенты с сомато- формной вегетативной дисфункцией (13 чел.)		Пациенты с соматоформными расстройствами (26 чел.)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Высшее образование	4	23	2	15,4	6	23
Незаконченное высшее	1	7,7	2	15,4	3	11,5
Среднее специальное	8	61,5	7	53,8	15	57,6
Служащие	5	38,5	5	38,5	10	38,4
Рабочие	4	30,8	4	30,8	8	30,7
Учащиеся вузов	0	0	2	15,4	2	7,7
Руководящие должности	4	30,8	0	0	4	15,4
Замужем /женаты	6	46,2	10	76,9	16	61,5
Имеют детей	8	61,5	11	84,6	19	73

Из представленных данных табл. 3, 4 и приложения 1 следует, что социальный уровень пациентов с невротическими расстройствами был выше по сравнению с группой пациентов с соматоформными расстройствами. При этом в группе исследуемых с соматоформными расстройствами удовлетворенность работой составила 70,8%, профессиональные отношения характеризовали как дружеские 15 чел. (62,5%), конфликтные отношения отсутствовали. 46% пациентов имели одно место работы, другая часть пациентов в качестве основных причин смены работы указывала сокращения и низкую оплату труда. В браке состояли 61,5% пациентов, удовлетворенность браком отмечали 64,7%. 73% больных имели детей, отношения с которыми характеризовались как гармоничные в 68,4% случаев, на благоприятную семейную обстановку указали 46,1% пациентов. Пациенты с соматоформными расстройствами воспитывались в полных семьях в 65% случаев, проблемный характер семейных отношений отметили 53,8% обследуемых. Среди стилей воспитания преобладали: гиперопека – 34,6%, гармоничный – 30,8%. Большинство исследуемых данной группы были либо единственными детьми в семье (42,3%), либо младшими или средними среди сиблингов (42,3%). Отношения с матерью носили близкий характер у 50% пациентов, на

недостаток понимания, заботы указывали 38,4%, симбиотические отношения имели место в 11,5% случаев. Отношения с отцом почти в равной степени носили близкий характер (42,3%) и недостаток/отсутствие понимания (38,4%). Наследственную отягощенность имели: в 1 случае – аффективные расстройства, в 7 случаях – злоупотребления алкоголем у ближайших родственников, в 1 случае – эпилепсия.

В группе пациентов с невротическими расстройствами уровень удовлетворенности работой был ниже и составил 56,4%, за исключением пациентов с неврастенией (удовлетворенность отмечали 73% пациентов). В качестве основных причин смены работы указывались: низкая оплата труда, уход за членами семьи. Превалирующими профессиональными отношениями являлись в равной степени дружеские и формальные, 13,3% пациентов указали на конфликтный характер отношений. Среди пациентов с невротическими расстройствами состояли в браке 45,9%, при этом удовлетворенность браком у них была выше, чем в предыдущей группе, и составила 76,3%. 71,4% пациентов имели детей, в большинстве случаев отношения носили гармоничный характер, семейные отношения характеризовали как ровные, гармоничные 51% больных. Согласно приведенным данным (см. приложение 2), социальный уровень родителей пациентов с невротическими расстройствами был выше, чем в группе с соматоформными расстройствами. При этом во всех группах социальный уровень матерей пациентов имел более высокие показатели по сравнению с социальным уровнем отцов, за исключением группы с тревожно-фобическими расстройствами. Большинство пациентов с невротическими расстройствами воспитывались в полных семьях – 75,5%, в 48% случаев семьи характеризовались как проблемные (отсутствие понимания между членами семьи, недостаток семейных коммуникаций, конфликты). Среди стилей воспитания преобладали гиперопека – 30,6%, гармоничное воспитание – 28,6%, также примерно с одинаковой частотой были представлены типы воспитания: гипоопека, «ежовые рукавицы», «золушка». Большинство пациентов данной группы имели сиблингов (73,4%) и были младшими или средними среди детей. Отношения с матерью испытуемые характеризовали с одинаковой частотой как близкие или же отмечали недостаток / отсутствие понимания, в отношениях с отцом превалировало отсутствие понимания (49,1%).

Социально-демографические показатели по отдельным клиническим формам в группе невротических расстройств представлены в табл. 3 и приложениях 1, 2.

Согласно приведенным данным, большая часть пациентов с неврастенией имела высшее и среднее специальное образование – 15 чел. (57,7%) и 9 чел. (34,6%) соответственно. Среди испытуемых данной группы преобладали служащие – 16 чел. (61,5%), руководящие должности занимали 10 чел. (38,5%), удовлетворенность работой и высокую трудовую мотивацию отмечали 19 чел. (73%). Основными причинами смены мест работы являлись низкая оплата труда и повышение. 15 пациентов (57,7%) состояли в браке, удовлетворенность браком отмечали 13 чел. (86,6%). 13 больных (50%) имели детей, с которыми у большинства наблюдались гармоничные отношения – 11 чел. (84,6%), внутрисемейные отношения характеризовали как ровные, доброжелательные 16 чел. (61,5%). Полученные данные позволили охарактеризовать пациентов с неврастенией как социально адаптированных, с достаточным уровнем трудовой и социальной направленности личности. Согласно представленным данным приложения 2, большинство пациентов с неврастенией имели благоприятные условия развития, 84,6% пациентов воспитывались в полных семьях со средним и высоким социальным статусом, в удовлетворительных жилищно-материальных условиях. Основными преобладающими стилями воспитания были гармоничный (50%) и гиперопека (26,9%). Отношения с матерью и отцом почти с равной частотой носили близкий характер и «без должного понимания». Большинство пациентов (73%) имели сиблингов, были старшими среди детей. Как показал анализ, социальный уровень пациентов с неврастенией был выше, чем у их родителей. Наследственную отягощенность имели 11 (42,3%) пациентов: у 3 – расстройства аффективного характера, у 8 – злоупотребления алкоголем у ближайших родственников.

В группе пациентов с тревожно-фобическими расстройствами в равной степени были представлены высокий и средний уровни образования, та же тенденция прослеживалась и с показателями профессионального уровня. Отношения с коллегами носили преимущественно формальный (48,1%) и дружеский (40,7%) характер. В браке состояли 55,5% больных, 74% имели детей. В данной группе наблюдалась самая низкая удовлетворенность работой (40%) и браком (62,4%) по сравнению с другими группами пациентов с невротическими расстройствами. Большинство больных с тревожно-фобическими расстройствами воспитывались в полных семьях со средним и высоким социальным статусом, в удовлетворительных жилищно-материальных условиях. 81,5% испытуемых имели сиблингов, были средними или младшими среди детей.

Превалирующим стилем воспитания была гиперопека (48,1%), в отношениях с матерью преобладали отсутствие должного понимания (48,1%) и близкий характер отношений (40,8%), отношения со стороны отца характеризовались отсутствием понимания (59,2%). Наследственную отягощенность имели 12 (44,4%) пациентов: 3 – расстройства аффективного плана, 9 – злоупотребления алкоголем у ближайших родственников.

У пациентов с расстройством адаптации преобладал средний образовательный уровень, удовлетворенность работой, достаточная трудовая мотивация отмечались лишь у 50 % испытуемых. Профессиональные отношения чаще характеризовали как формальные (42,8%), реже как дружеские (32,1%). 17 испытуемых (60,7%) состояли в зарегистрированном /незарегистрированном браке, из них 13 чел. (76,4 %) были удовлетворены браком. 22 (78,4%) пациента имели детей, отношения с которыми характеризовали как гармоничные. У 13 чел. (46,4%) семейные отношения носили гармоничный характер, на неблагополучную семейную атмосферу указывали 15 (53,6%) пациентов. Согласно данным приложения 2, у большинства пациентов родители были со средним профессионально-образовательным статусом. 10 чел. (35,7%) воспитывались в неполных семьях, семьи в большинстве своем носили негармоничный (57,1%) и асоциальный характер (10,7%). Среди стилей воспитания наряду с гармоничным (28,5%) преобладали по типу «золушки» (25%), «ежовых рукавиц», гипоопеки (по 21,4% каждый), т.е. стили, характеризующиеся повышенным контролем, наказаниями, недостаточным уровнем заботы и внимания. Эти данные подтверждались другими исследованиями [124]. Отношения со стороны родителей носили характер недостатка / отсутствия понимания. Большинство пациентов были средними или младшими в семье детьми. Наследственную отягощенность имели 10 (35,7%) пациентов: у 2 чел. – расстройства аффективного плана (лечение в стационаре по поводу депрессивных расстройств после смерти родственников), у 9 чел. – злоупотребление алкоголем у ближайших родственников.

9 (53%) пациенток с диссоциативными (конверсионными) расстройствами имели высокий образовательный статус, занимали должности служащих 13 чел. (76,4%), удовлетворенность работой отмечали 58,8% чел., среди профессиональных отношений преобладали формальные у 8 чел. (47,1%). 10 (58,8%) пациенток были замужем, удовлетворенность браком высказывали 8 (47,1%) пациенток, на негармоничный характер семейных отношений указывали 10 чел. (58,8%). 7 (41,2%) па-

циенток воспитывались в неполных семьях, в 10 (58,8%) случаях семейные отношения носили негармоничный характер (в 1 случае асоциальный). Превалирующим стилем воспитания была гиперопека (41,2%), большинство больных 10 чел. (58,8%) были единственными детьми в семье. Близкие отношения с матерью были преобладающими в данной группе (52,9%). В отношениях с отцом в большинстве случаев (52,9%) отсутствовало понимание, забота. Наследственную отягощенность имели 10 (35,7%) пациентов: у 2 чел. – расстройства аффективного плана (лечение в стационаре по поводу депрессивных расстройств после смерти родственников), у 9 чел. – злоупотребления алкоголем у ближайших родственников.

Социально-демографические показатели по отдельным клиническим формам в группе соматоформных расстройств представлены в табл. 4 и приложениях 1, 2.

2.2. Характеристика методов исследования

Основными методами исследования в настоящей работе были клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы.

В рамках клинико-психопатологического подхода обнаруживаемые феномены и симптомы не только описывались, но и ранжировались по выраженности (слабая, средняя и сильная). В случае обнаружения всех или большинства признаков феномена (5 или 4-х из 5-ти) его выраженность оценивалась как сильная, при наличии 3-х – как средняя и при выявлении 1-го или 2-х – как слабая. Обязательным для причисления феномена к выраженному считалось отсутствие его связи с ситуациями и длительность более 1 месяца. Это позволяло, с одной стороны, оценивать уровень наблюдавшихся феноменов (психологический или психопатологический), с другой – охарактеризовать представленность феноменов в клинической картине заболевания. В соответствии с выбранной парадигмой, направленной на изучение черт психического инфантилизма, оценке подвергались следующие феномены: зависимость, внушаемость, доверчивость, эгоцентризм, склонность к фантазированию, прогностическая компетентность, максимализм, нетерпеливость, страх быть покинутым, эмоциональная неустойчивость, ригидность.

Феномен зависимости диагностировался на основании наличия: 1) признаков неспособности принимать решения без согласования с ок-

ружающими; 2) неспособности противостоять групповому давлению (отсутствие автономности); 3) конформности и ориентации на мнение большинства; 4) нежелании предъявлять даже разумные требования людям, от которых индивид находится в зависимости; 5) ограниченной способности принимать повседневные решения без усиленных советов и подбадриваний со стороны других лиц.

Феномен внушаемости диагностировался в случае обнаружения следующих признаков: 1) легкости усвоения человеком внешних по отношению к нему побуждений, стремлений, желаний, установок, оценок, форм и стилей поведения; 2) повышенной восприимчивости к психическому воздействию со стороны другого лица (лиц) без критического осмысления реальности и стремления противостоять этому воздействию; 3) стремления развивать полученные в процессе общения идеи и мысли других людей; 4) убежденности человека в том, что данные идеи и мысли являются плодом собственных размышлений и аналитических выводов; 5) склонности к «психической заразительности», имитационному поведению.

Феномен доверчивости регистрировался в случае диагностики черт: 1) наивности; 2) простодушия; 3) чувственной непосредственности; 4) неосведомленности в человеческих отношениях; 5) открытости в общении.

Феномен эгоцентризма оценивался на основании наличия: 1) фиксации внимания на собственных интересах, чувствах; 2) гедонистической направленности деятельности; 3) чувстве превосходства над окружающими, избранности; 4) «рекламного поведения»; 5) недоучета интересов окружающих.

Феномен склонности к фантазированию диагностировался при выявлении: 1) стремления к ярким впечатлениям; 2) «жизни в воображаемых ситуациях»; 3) высокого уровня поисковой активности; 4) псевдологии; 5) легкости в общении.

Феномен прогностической некомпетентности оценивался на основании наличия: 1) сниженной способности предвосхищать житейские ситуации; 2) стремления фиксировать внимание (рассматривать) на «единственно верном» пути решения проблем; 3) частой обидчивости, склонности разочаровываться в людях; 4) сниженной способности прогнозировать собственные реакции на значимые ситуации; 5) частое попадание в «неожиданные ситуации».

Феномен максимализма оценивался на основании таких признаков, как: 1) повышенная требовательность к окружающим; 2) бескомпромис-

сность; 3) категоричность в суждениях; 4) склонность проявлять альтернативные чувства по отношению к одному и тому же человеку; 5) сниженная способность испытывать тонкие эмоциональные переживания.

Феномен нетерпеливости характеризовался: 1) отсутствием выдержки; 2) неспособностью ожидать; 3) ориентацией на немедленное достижение задуманного; 4) суетливостью; 5) сниженной способностью концентрировать внимание на чем-то одном.

Феномен страха быть покинутым оценивался на основании: 1) стремлении находиться рядом со значимыми людьми; 2) плохой переносимости «сепарации»; 3) стремления «быть своим» в компаниях; 4) опасений быть отвергнутым; 5) готовности выполнять даже нежелательные действия в ответ на угрозы изоляции.

Феномен эмоциональной неустойчивости – это: 1) повышенная впечатлительность; 2) ранимость; 3) легкость возникновения эмоций; 4) быстрая сменяемость эмоций под влиянием внешних обстоятельств; 5) низкая толерантность по отношению к фрустрации.

Феномен ригидности регистрировался при наличии: 1) негибкости в общении; 2) прямолинейности; 3) склонности следовать ритуалам; шаблонам; 4) устойчивости экспектаций в отношении поведения окружающих; 5) медлительности при принятии решений.

Клинико-психопатологическое обследование проводилось в первые дни поступления в дневной стационар. Экспериментально-психологическое исследование проводилось, как правило, после купирования острой симптоматики, поскольку в противном случае результаты могли характеризовать актуальное состояние, а не личностный профиль. Исходя из предположения о том, что особенности психического развития и средовые условия занимают одно из главных мест в ряду причин формирования психического инфантилизма, в квантифицированной карте подробно были освещены все вопросы, связанные с особенностями психического развития и микросоциально-средовыми факторами развития. Также подробно исследовались профессиональные приоритеты пациентов, уделялось внимание семейным взаимоотношениям. В ходе беседы фиксировались психотравмирующие события, которые способствовали развитию расстройств. В ходе клинико-психологического исследования большое значение придавалось анализу личностных качеств, факторам их становления и развития.

Методологической основой проводимого исследования являлась концепция зависимой личности, основу которой составлял психический

инфантилизм (В.Д.Менделевич, 2002). Выбор экспериментально-психологических методик определялся выбранной парадигмой и методологией исследования и был направлен на выявление таких свойств личности, как зависимость и внушаемость. В качестве экспериментально-психологических методик нами были использованы:

1) личностный многофакторный опросник (16-*PF*) Кеттелла, позволяющий выявить в структуре личности пациентов наличие зависимости (независимость /покорность, подчиненность/доминантность, конформизм / неконформизм, низкая / высокая нормативность поведения, консерватизм / радикализм), а также другие свойства личности, указывающие на личностную незрелость: эмоциональная нестабильность/стабильность, прямолинейность/дипломатичность;

2) тест «Склонность к зависимому поведению» В.Д. Менделевича;

3) «Метод определения установки и внушаемости» Л.Н. Собчик;

4) методика «Оценка суггестивности»;

5) метод цветowych выборов Люшера.

Заполнение экспериментально-психологических методик проводилось в присутствии исследователя.

*Личностный многофакторный опросник (16-*PF*) Кеттелла*

С помощью данного опросника личность описывается 16-ю фундаментально независимыми и психологически содержательными факторами [51, 77], которые, на наш взгляд, позволяют охватить основные исследуемые нами характеристики психического инфантилизма: зависимость, подчиняемость, доверчивость, эмоциональную нестабильность, контроль эмоций и поведения. Опросник включает 187 вопросов, с помощью ключей подсчитываются баллы по 16 характеристикам личности, далее «сырые» баллы переводятся в десятибалльную шкалу – так называемые стены. Полученные данные анализируются по каждой характеристике. При общей вариативности данных в 10 стенов, средние значения составляют 5,5 стена. Оценка в 4 и 7 стенов указывает на незначительное отклонение характеристик от средней. Яркая выраженность качества связана с оценкой 1-3 и 8-10 (учитывая биполярность каждого фактора). Первичные факторы включали: *A* «замкнутость – общительность», *B* «интеллект», *C* «эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность», *E* «подчиненность – доминантность», *F* «сдержанность – экспрессивность», *G* «низкая нормативность поведения – высокая нормативность поведения», *H* «робость – смелость», *I* «жесткость – чувствительность»,

L «доверчивость – подозрительность», *M* «практичность – мечтательность», *N* «прямолинейность – дипломатичность», *O* «спокойствие – тревожность», *Q1* «консерватизм – радикализм», *Q2* «конформизм – нонконформизм», *Q3* «низкий самоконтроль – высокий самоконтроль», *Q4* «расслабленность – напряженность». Кроме указанных 16 первичных факторов, опросник позволяет выделить 8 факторов второго порядка (состоящих из сочетания факторов первого порядка), которые определяются как генерализованные черты личности. С учетом задач нашего исследования делался основной акцент на факторах: *QI* «экстраверсия – интроверсия» (*A, F, H, Q2, E*), *QII* «тревожность – приспособление» (*C, H, L, O, Q3, Q4*), *QIV* «независимость – покорность» (*E, L, M, Q1, Q2, H*), *QVII* «высокое супер-эго – низкое супер-эго» (*C, Q3, G*).

Тест «Склонность к зависимому поведению» В.Д. Менделевича

Данный опросник направлен на выявление уровня зависимого поведения, состоит из 116 вопросов. Обработка данных: прямые вопросы (баллы подсчитываются в соответствии с отмеченными испытуемым) – «5» – 5, «4» – 4, «3» – 3, «2» – 2, «1» – 1), обратные вопросы (баллы подсчитываются наоборот – «5» – 1, «4» – 2, «3» – 3, «2» – 4, «1» – 5). Обработке подвергались лишь ответы на вопросы, отмеченные в таблице. Ответы на иные вопросы не обрабатывались. Для оценки склонности к зависимому поведению баллы ответов на прямые и обратные вопросы суммировались.

Интерпретация результатов: признаки тенденции зависимого поведения ≥ 98 баллов; признаки повышенной склонности зависимого поведения ≥ 107 баллов; признаки высокой вероятности ≥ 116 баллов.

*«Метод сравнения парных таблиц» Л.Н. Собчик
(или «метод определения установки и внушаемости»)*

Данный метод предназначен для изучения установок и внушаемости через индивидуальные особенности перцепции простых геометрических фигур и рисунков [104]. Инвентарь методики был представлен восемью парами таблиц, которые предъявлялись испытуемому со следующей инструкцией: «Посмотрите на первую из них (предъявляется первая таблица в течение 10 секунд, затем она переворачивается рисунком вниз и предъявляется соответствующая ей парная таблица), а теперь скажите: «Вторая полностью тождественна первой или имеются какие-либо отличия?».

Если испытуемый выявлял различие, то ответ регистрировался крестиком, если нет – знаком «-» в левом столбце. После произвольного ответа экспериментатор задавал наводящий вопрос: о количестве фигур; об интенсивности штриха или о повороте фигур; о направлении штриховки. Лучше, чтобы вопрос был один, но наиболее соответствующий рисунку; однако он должен быть чисто провокационным и не соответствующим реальности, как бы наталкивающим на ошибку. Если испытуемый поддавался на провокации, то ответ регистрировался знаком «+», если нет – знаком «-» во правом столбце. То же самое повторялось со всеми парами. В наборе пары были расположены таким образом, что в первой, четвертой и седьмой парах имелись различия, остальные пары были идентичны. Оценка внушаемости проводилась по правому столбцу, в котором частые ответы «+», свидетельствовали о повышенной внушаемости. Например, результаты исследования могут выглядеть примерно так:

1. + +
2. + -
3. - +
4. + +
5. - +
6. + +
7. + +
8. + -

Количество крестиков в правом столбце отражало ту или иную степень внушаемости испытуемого.

Интерпретации: инертность установки регистрировалась в том случае, если указывались 5-6 ответов «+» в первой колонке; ригидность установки – 7-8 ответов «+» в первой колонке. Повышенная конституционально-обусловленная тревожность проявлялась увеличением «+» в первом ряду сразу же вслед за «провоцирующими» парами таблиц, отличающихся друг от друга, то есть после 1, 4 и 7-й пар. Ситуативная тревожность проявлялась тогда, когда за объективными ответами «+» по 1, 4 и 7-й парами следовали сперва объективные ответы «-», а затем, доверяя больше установке, чем объективной воспринимаемой информации, испытуемые давали ответы «+».

Средневыраженная внушаемость регистрировалась, если было 5 ответов «+» во второй колонке, 6-7 ответов «+» ответов указывали на повышенную внушаемость, все 8 ответов «+» свидетельствовали о сверхвнушаемости.

Методика «Оценка суггестивности»

Методика «Оценка суггестивности» была использована в дополнение к «Методу определения установки и внушаемости» с целью сопоставления результатов.

Данная методика позволяет определить уровень внушаемости [40]. Испытуемому предлагается проставить по вертикали друг под другом пять цифр – 1, 2, 3, 4, 5 – ими обозначались номера заданий, которые следовало выполнять очень быстро, без обдумывания ответов. Испытуемого просили сосредоточиться на восприятии голоса психолога, представить его речь записанной на магнитофон. Задания:

1. Напишите фамилию любого писателя, например, «Гоголя»; вообще любого писателя. ... Пора!

2. Напишите любую короткую фразу, например, « лето наступило»; вообще любую фразу. Пора!

3. Напишите название любого предмета, например, «стол»; вообще любого предмета. ...Пора!

4. Изобразите любой предмет, например, треугольник; вообще любой предмет. ...Пора!

5. Напишите любое число, например, «9»; вообще любое число. ... Пора!

Обработка результатов: Если при выполнении задания воспроизводился именно тот пример, который в нем предлагался, ставилось 4 балла. Если ответ достаточно близок по смыслу к содержанию примера – 3 балла. Скорее далекий, чем близкий по смыслу ответ оценивался в 2 балла. И совершенно не связанный с содержанием приводимого в задании примера ответ соответствовал 1 баллу. Далее подсчитывалась общая сумма баллов и результат умножался на три, затем прибавлялась 20:

$\text{Суггестивность} = (O_1 + O_2 + O_3 + O_4) \times 3 + 20 = \dots$

Интерпретация: 20-30 – пониженная внушаемость; 31-45 – средняя внушаемость; 46 и более – повышенная.

Тест цветовых выборов Люшера

Данный тест относится к проективным методикам, направлен на выявление неосознанных аспектов переживаний, не подвластных осознанному контролю уровней личности. Психологические аспекты интерпретации данного цветового теста представлены описанием личностных свойств испытуемого в связи с предпочтением или неприятием того или иного цвета (или группы цветов). Оценка производилась при использо-

вании таблиц интерпретации, в которых приведены все возможные сочетания цветов. В нашем исследовании также использовался усредненный ранговый метод, позволяющий определить предпочтение тех или иных цветов в разных группах расстройств: каждому цвету в выборе пациента присваивался балл, соответствующий позиции выбора (1 позиция – 8 баллов, 8 позиция – 1 балл). Затем подсчитывалось среднее значение баллов по цвету в группе, и на этом основании выводился усредненный ранговый выбор. Оценивалось также: 1) наличие и интенсивность эмоциональной напряженности по баллу тревожности, которая определялась наличием в цветовом ряду 1,2,3,4 цветов на 6-ой позиции «!», на 7-ой – «!!», на 8-ой – «!!!». Интенсивность компенсаторных тенденций: если 6,7,0 цвет находился на 3-м месте – «!», на 2 месте – «!!», на 3 месте – «!!!». Тревога оценивалась суммой знаков «!»; 2) работоспособность определялась собранностью рабочей группы: 2,3,4 цвета, стоящие в начале ряда, указывали на устойчивость саморегуляции, отсутствие эмоциональной напряженности;

$$3) \text{ коэффициент вегетативного баланса (КВБ)} \frac{18 - (3+4)}{18 - (1+2)}.$$

На место цифр, обозначающих номера цветовых эталонов, ставились порядковые номера позиций, занимаемых указанным цветом [105].

Методы статистической обработки полученных данных включали статическое сравнение по t-критерию Стьюдента и вычисление линейных корреляций по Пирсону, ранговых корреляций по Спирмену.

ГЛАВА 3

Результаты собственных исследований

3.1. Характеристика структуры психического инфантилизма при невротических и соматоформных расстройствах

Тревожно-фобические расстройства

Агорафобия (без/с паническим расстройством) F 40.00 – F40.01 –

основным клиническим проявлением расстройства у обследованных больных являлись навязчивые страхи ситуаций, когда было невозможно быстро и легко оказаться в безопасном месте. Согласно МКБ-10, развитие тревожных состояний связано с двумя из следующих ситуаций: толпа, общественные места, дальние поездки из дома, поездки в одиночестве, сопровождающиеся психологическими и вегетативными симптомами, которые являются первичным выражением тревоги [131].

В группе обследованных больных диагноз «агорафобия без панических атак» (F40.00) присутствовал у 7 человек, «агорафобия с паническими атаками» (F40.01) у 4 человек. У всех пациентов начало заболевания было связано с возникновением панического приступа, сопровождавшегося выраженными вегетативными проявлениями. Пациентки отмечали во время приступа учащенное сердцебиение, «чувство остановки сердца», «резкую слабость», «ощущение словно земля уходит из-под ног», удушье, нехватку воздуха, дрожь во всем теле. На фоне вегетативных проявлений возникал страх смерти, в 4 случаях данная картина сопровождалась вызовом машины скорой помощи. В 3 других случаях причиной панического приступа была профессиональная травма, в 3 случаях травма носила семейно-бытовой характер (несчастный случай с ребенком, смерть близкого родственника, разрыв отношений), в остальных случаях на фоне психофизической нагрузки (сессия, увеличение нагрузки на работе, семейные конфликты). В 4 случаях, когда клиническая картина панического приступа развилась на фоне психотравмы и в анамнезе ранее отсутствовали жалобы на вегетативные реакции, страх повторения приступа возник достаточно быстро, особенно в ситуациях, нахождение в которых ежедневно необходимо: поездки в общественном транспорте, посещение магазинов. В 1 из этих случаев в течение 2 месяцев сформировался страх оставаться дома в одиночест-

ве (больная просила родственников быть с ней дома или приглашала к себе соседей). Во всех вышеуказанных случаях отмечались повторные панические приступы, что способствовало формированию поведения избегания. Данные пациенты посещали дневной стационар в сопровождении родственников – мужей, других близких. Как отмечали больные, их заболевание негативно сказалось на внутрисемейных отношениях.

У 7 пациенток клинические проявления агорафобии формировались постепенно и проявлялись страхом поездок на общественном транспорте, нахождением в незнакомых местах и сопровождалось учащенным сердцебиением, тошнотой, слабостью, чувством нехватки воздуха. Пациентки указывали на волнообразный характер своих болезненных проявлений, в периоды психофизической нагрузки отмечали усиление симптоматики. Поведение избегания, как таковое, сформировано не было, однако пациентки старались не ездить в переполненном общественном транспорте или занимать сидячие места, а находиться ближе к выходу.

Выраженное снижение трудоспособности отмечали 8 больных. У 9 женщин был выявлен сниженный фон настроения, который носил вторичный характер и был связан с мыслями о невозможности излечения, возвращения к прежней жизни, об ухудшении семейных отношений.

Генерализованное тревожное расстройство F 41. – основным проявлением данного психического расстройства выступала стойкая и генерализованная тревога, не связанная с конкретными ситуациями.

С данным диагнозом наблюдалось 8 пациенток. Обследуемые предъявляли жалобы на озабоченность, опасения по поводу «постоянных проблем»: семейных, профессиональных, связанных со здоровьем. Пациентки отмечали повышенное беспокойство в связи с обычными повседневными делами, фиксированность на темах опасности, у них наблюдалась склонность предвосхищать негативный исход событий. Все вышеуказанное сопровождалось чувством внутренней дрожи, невозможностью расслабиться, нетерпеливостью, раздражительностью. Пациентки выражали излишнюю суетливость, повышенную деятельную активность, часто малопродуктивную, неумение отдыхать, расслабиться, «постоянный контроль домашних», что являлось причиной конфликтов в семье. Данные психические проявления сопровождались вегетативными симптомами: приступами сердцебиения, чувством сдавления в груди, ощущением нехватки воздуха, головокруже-

нием, повышенной потливостью, тошнотой. Большинство пациенток не могли отчетливо определить начало и причину заболевания, лишь отмечали постепенное нарастание тревоги. 3 больных указывали в качестве причины и усиления тревоги хроническую психотравмирующую ситуацию (болезнь ребенка, алкоголизм мужа, переезд в Россию и дальнейшая жилищно-бытовая неустроенность). Все пациентки отмечали склонность к тревожности, мнительности с детского и подросткового возрастов. Длительность заболевания варьировала от 1 года до 15 лет.

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство F 41.1 – данное расстройство характеризовалось недостаточно развернутыми и равнозначно представленными в клинической картине проявлениями тревоги и депрессии, отсутствием отчетливой связи с психотравмирующими ситуациями.

С данным диагнозом наблюдалось 8 пациенток. В качестве основных жалоб предъявлялись постоянное чувство беспокойства, внутреннее напряжение, тревога, раздражительность, а также пониженный фон настроения, чувство подавленности, плаксивость. Данные жалобы сочетались с вегетативными симптомами: сердцебиение, боли в области сердца, нехватка воздуха, дрожь в руках. Жалобы тревожного и депрессивного характера имели одинаковую степень выраженности. Пациенты не могли четко определить причину данного расстройства, в основном высказывались предположения о повышенной нагрузке на работе. Большинство больных отмечали усилившееся чувство неуверенности в себе, снижение инициативы, утрату интересов, снижение трудовой активности, повышение конфликтности.

В соответствии с целью и задачами исследования нами прицельно анализировались данные клинико-психопатологических тестов. У пациентов с тревожно-фобическими расстройствами клинически наиболее часто выявлялся **психический инфантилизм**. На момент обследования у 22 пациентов (81,4%) отмечались признаки зависимости от родителей, супругов, других близких. Исследуемыми активно высказывался страх быть покинутыми, страх одиночества, в профессиональной деятельности превалировала повышенная ориентация на мнение коллег. В принятии решений пациенты активно искали помощи вовне. При этом пациенты не только нуждались в совете – для них также была важна возможность в любой момент получить поддержку или совет. Такая зависимость была связана как со страхом принятия ответственности,

так и с недостаточным развитием навыков преодолевающего поведения. В одиночестве, как правило, усиливалось чувство беспомощности. В профессиональной деятельности пациенты довольствовались имеющимся положением, предпочитали работу в коллективе, отличались добросовестностью, исполнительностью, у нас наблюдалась тенденция избегать ответственности, ограничения принятия самостоятельных решений. Если род деятельности все же был связан с индивидуальной ответственностью, то это становилось постоянным источником волнений, сомнений, внутреннего напряжения, в ряде случаев – страхом перед выполнением профессиональных действий и, как следствие, проявлением перфекционизма. Возможно, сочетание данных факторов определяли самый низкий уровень удовлетворенностью работой. Как показал анализ, такие черты незрелости, как страх быть покинутым и зависимость, наиболее были выражены у пациентов с агорафобией и генерализованным тревожным расстройством.

Пациентам, наряду с зависимостью, были свойственны повышенная внушаемость, доверчивость, прогностическая некомпетентность. 9 пациентов, большинство из которых входили в группу с генерализованным тревожным расстройством, указали на излишнюю доверчивость, наивность, вследствие которых они неоднократно попадали в «неприятные» ситуации. Как отмечали пациенты, они легко меняли взгляды под влиянием мнения окружающих. В ситуациях принятия решений в большинстве случаев они также ориентировались на мнение других, даже если возникали сомнения: «сомнения были мимолетные», «как бы порывом принимались решения под влиянием советов». В целом в ситуациях принятия решений наблюдался хаотичный поиск поддержки, принятые решения могли быстро меняться. Внушаемость, доверчивость, прогностическая некомпетентность, отсутствие проницательности активно проявлялись во взаимоотношениях с людьми: пациенты могли подробно рассказывать о своей жизни, проблемах незнакомым людям, верили рекламе, целителям и т.д. В данной группе пациентов наблюдалась большая обращаемость, по сравнению с другими группами, к целителям, участие в сомнительных финансовых организациях. Выраженность внушаемости и самовнушаемости находила отражение также в колебании клинических проявлений невротических расстройств, улучшении состояния пациентов под воздействием психотерапевтических бесед, эффект которых, однако, был кратковременный, т.к. состояние пациентов ухудшалось как под влиянием самовнушения, так и под влиянием общения с другими пациентами.

Для обследованных больных была типична эмоциональная неустойчивость, выявленная у 21 (77,7%) пациентов и проявлявшаяся в подверженности настроению, впечатлительности, длительным периодам нахождения под влиянием, как правило, негативных чувств, трудностями сдерживания и управления своими чувствами. Сопоставление с данными анамнеза позволило нам отнести данное качество к признакам личностной незрелости, а не к проявлениям невротического расстройства. Как показал анамнез, у 19 чел. (70,3%) эмоциональная неустойчивость имела место в детские и подростковые периоды и проявлялась капризностью, плаксивостью, ранимостью, впечатлительностью, зависимостью настроения от внешних обстоятельств. Сочетание эмоциональной неустойчивости с робостью, стеснительностью, мнительностью с детства способствовали слабой переносимости периодов психофизической нагрузки (периоды экзаменов), ситуаций выбора, преобладанию эмоционального способа мышления и поведения, формированию заниженной самооценки, что вызывало трудности адаптации в новых коллективах. В результате постоянных сомнений, неуверенности в себе, трудностей принятия решений у пациентов с детства присутствовали подчиняемость, зависимость: так, большинство отличались «послушным» характером, стремлением выполнять требования старших, безынициативностью. У 11 чел. (40,7%) отмечался феномен избыточной выраженности, яркости воображения (особенно у пациентов с генерализованным тревожным расстройством).

Таким образом, структура психического инфантилизма у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами определялась, в первую очередь, преобладанием качеств зависимости, внушаемости, а также эмоциональной незрелостью, которая проявлялась эмоциональной неустойчивостью, повышенной впечатлительностью, недостаточно развитым эмоциональным контролем, эмоциональным способом мышления. Эмоциональная неустойчивость явилась базой для формирования зависимости, внушаемости, доверчивости, фиксацией на узкоэгоцентрических целях поддержания защищенности и безопасности.

Адекватная самооценка наблюдалась у 3 чел. (11,1%), лабильная – у 4 чел. (14,8%), завышенная – у 2 чел. (7,4%), заниженная – у 18 чел. (66,6%). Преморбидные особенности пациентов имели следующее распределение: преобладание гармоничных черт отмечалось у 2 чел. (7,4%), психастенические черты, психастенические акцентуации – у 21 чел. (77,7%), возбудимые черты характера – у 3 чел. (11,1%).

Анализ микросоциальных условий развития и особенностей развития в детском и подростковом возрасте (Приложение 2, 3) выявил ряд факторов, которые, на наш взгляд, могли способствовать формированию личностной незрелости у пациентов данной группы: 1) преобладающий стиль воспитания в виде гиперопеки, наблюдаемый 48,1% случаев, а также положение средних / младших или единственных детей в семье у большинства пациентов (19 чел. (70,3%) и 5 чел. (18,5%) соответственно; 2) в данной группе наблюдался самый большой процент пациентов, которые в детские годы входили в группу часто болеющих детей (29,6%); 3) наличие эмоциональной лабильности у 13 чел. (48,1%) в дошкольном периоде, которая проявлялась капризностью, разнообразными страхами, в большей степени темноты, страха потери матери, 7 (26%) пациентов отмечали наличие энуреза до 5-7 летнего возраста. Как показал анамнез, с возрастом, в связи с необходимостью адаптироваться в новых, более сложных условиях, эмоциональная неустойчивость усиливалась и наблюдалась у 19 чел. (70,4%). Основными ее проявлениями были: повышенная впечатлительность, подверженность настроения внешним факторам, трудности контроля эмоций, страхи (страхи ответов у доски, перед насмешками, учителями), которые сопровождались вегетативными симптомами. Большинство пациентов отличались робостью, стеснительностью, низкой переносимостью ситуаций психофизического напряжения (контрольные, экзамены, изменения привычного уклада жизни). В обществе со сверстниками обследуемые занимали подчиняющиеся позиции, держались «скромно», «в стороне», характеризовали себя следующим образом: «всегда была незаметной», «старалась, чтобы на меня не обращали внимания»; 4) в данной группе наблюдался наибольший процент, по сравнению с другими группами, отвержения со стороны сверстников – 37%, недостаток друзей – 44,4%.

Таким образом, мы предположили, что на формирование личностной незрелости у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами повлияли соматическая отягощенность, патологизирующий стиль воспитания (гиперопека), недостаточное принятие со стороны сверстников, что на фоне эмоциональной неустойчивости способствовало развитию и закреплению как зависимого поведения, так и внушаемости.

Средний показатель по тесту «Склонность к зависимому поведению» в данной группе обследованных составил 112,5 баллов, что указывало на признаки тенденции к зависимому поведению у пациентов

с тревожно-фобическими расстройствами. Тенденция к зависимости подтвердилась и результатами теста Кеттела (см. рис. 1): значения по факторам *E* «подчиненность – доминантность» и *F* «сдержанность – экспрессивность» указывали на такие характеристики личности, как склонность к конформности, пассивности в силу отсутствия веры в свои возможности, а также на озабоченность последствиями своих поступков, склонность все усложнять. Анализ фактора второго порядка *QIV* теста Кеттела (независимость – зависимость) выявил, что зависимость в структуре личности пациентов с тревожно-фобическими расстройствами проявлялась тремя ее компонентами: поведенческим в виде подчиненности, уступчивости, социабельности (значение факторов *E* и *Q2*), мыслительным и эмоциональным компонентами в виде ориентацией на внешнюю реальность, консервативность (значение факторов *Q1* и *M*).

Анализ результатов методики «Сравнение парных таблиц» выявил инертность установки у 16 (59,2%) пациентов с тревожно-фобическими расстройствами, что выражалось в увеличении ответов «+» в первой колонке (5-6 ответов «+»). Ригидность установки (7-8 ответов «+» в первой колонке) имела у 10 пациентов (37%), что свойственно «сверхтревожным личностям». В 1 случае инертность установки не была выявлена. У 4 чел. (14,8%) отмечалась незначительная внушаемость (до 2 ответов «+»), у 11 чел. (40,7%) наблюдалась средневыраженная внушаемость, о чем свидетельствовали частые ответы «+» (5 ответов «+») во второй колонке. 12 (44,4%) пациентов демонстрировали выраженную внушаемость, давая более 6 положительных ответов, что указывало на сверхвнушаемость. В 26 случаях (96,3%) наблюдалось сочетание инертности/ригидности установки и внушаемости. Таким образом, для пациентов данной группы было характерно преобладание эмоционального восприятия действительности и как следствие повышенная внушаемость, что также подтвердилось результатами методики «Оценка суггестивности», где средний показатель составил 64,7, свидетельствуя о высоком уровне внушаемости.

Также были выявлены и другие характеристики личности пациентов данной группы по данным 16-факторного теста Кеттела, представленным на рис. 1.

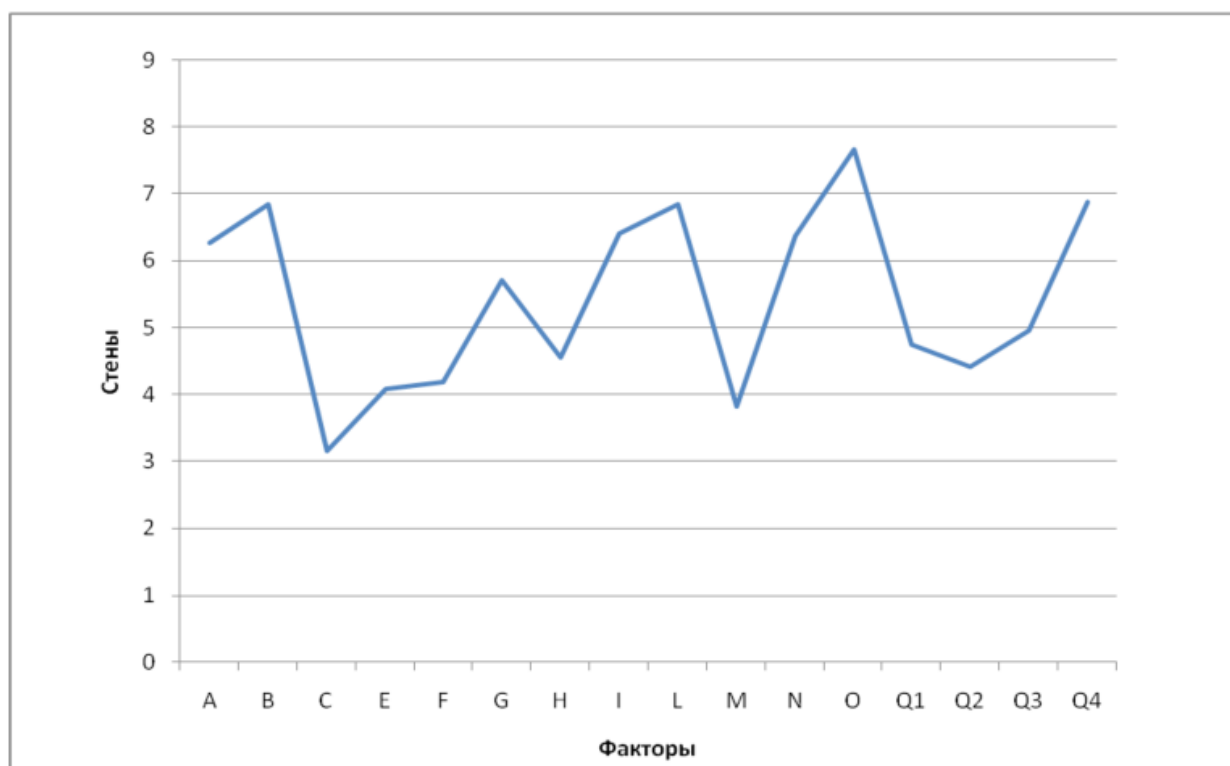


Рис. 1. Усредненный график личности пациентов с тревожно-фобическими расстройствами по данным 16-факторного теста Кеттелла

Согласно результатам 16-факторного теста Кеттелла (см. рис. 1) у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами были выявлены и другие характеристики, указывающие на личностную незрелость:

- эмоциональная неустойчивость, трудности контроля эмоций, чувство беспомощности, неспособность справиться с жизненными трудностями (фактор С «эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность»);

- ориентация на внешнюю реальность, направленность на решение практических (в частности семейно-бытовых) задач, что, на наш взгляд, являлось защитой от возможных неудач, создание иллюзии защищенности, что было связано с чувством неуверенности в себе, своей беспомощности, страхом перед жизненными проблемами (фактор М).

Анализ факторов второго порядка теста Кеттелла, характеризующих генерализованные черты личности, показал:

- тенденцию к интровертированности личности пациентов с тревожно-фобическими расстройствами по фактору Q1 (экстраверсия – интроверсия). При средней выраженности привлекательности и желательности общения, на что указывали значения фактора А «замкнутость – общительность» и в большей степени значение фактора Q2

«конформизм – нонконформизм», степень реализованности данной потребности была несколько снижена за счет незначительной склонности к уступчивости, застенчивости в поведении (фактор *E* «подчиненность – доминантность») и некоторой сдержанности поведения (*F* «сдержанность – экспрессивность»);

– наличие личностной тревожности (фактор *QII* (тревожность – приспособленность)) в виде склонности к беспокойству, постоянного чувства напряженности (факторы *O* «спокойствие – тревожность» и *Q4* «расслабленность – напряженность») способствовали снижению социальной смелости (фактор *H* «робость – смелость») и настороженности по отношению к людям, стремлением возложить ответственность на окружающих (фактор *L* «доверчивость – подозрительность»). При этом наблюдалась недостаточность контроля эмоций и поведения (фактор *C* «эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность»).

Анализ результатов теста Люшера выявил следующие усредненные ранговые позиции цветовых выборов: 5 4 3 2 0 6 1 7. Фиолетовый (5) цвет на первой позиции указывал на неустойчивость адаптации и снижение контроля над эмоциональной сферой, повышенную чувствительность к средовым воздействиям, подверженность сиюминутным настроениям, что определяло, подчеркнуто субъективную оценку пациентами внешних событий. Причиной трудностей социальной адаптации являлись признаки эмоциональной незрелости, проявляющиеся в ослаблении контроля сознания над эмоциональной сферой. Как указывала Л.Н.Собчик [105], наличие 5 цвета на первой позиции свидетельствует о слабой интеграции самосознания вследствие недосформированности личности. Желтый (4) цвет в усредненном ранговом выборе усиливал характеристики 5 цвета иррациональными тенденциями, чертами инфантилизма. Расположение 3, 4, 5 цветов в первой половине свидетельствовало о преобладании симпатического тонуса и процесса возбуждения. Это же подтвердилось коэффициентом вегетативного баланса (КВБ), равным 1,4. Балл тревожности составил 2, что указывало на наличие эмоционального напряжения. Рабочая группа (2, 3, 4 цвета), хотя и была расположена в начале ряда, однако 5 цвет на первой позиции свидетельствовал о снижении работоспособности за счет трудностей социальной адаптации, сниженного эмоционального контроля. Таким образом, анализ теста Люшера выявил эмоциональную незрелость, сниженный эмоциональный контроль, иррациональный способ достижения целей путем перекладывания решений на других.

Корреляционный анализ показателей методик и данных клинико-анамнестического метода выявил следующие значимые взаимосвязи:

- склонность к зависимому поведению (методика «Склонность к зависимому поведению» В.Д. Менделевича) имела положительные корреляционные связи с фрустрированностью (фактор $Q4$ «расслабленность (-) – напряженность (+)» 16-факторного теста Кеттелла) ($r=0,39$; $p<0,05$) и максимализмом (данные анамнеза) ($r=0,40$; $p<0,05$);

- суггестивность (методика «Оценка суггестивности») имела взаимосвязи с факторами теста Кеттелла: сдержанностью (фактор F «сдержанность (-) – экспрессивность (+)» ($r=-0,45$; $p<0,05$), робостью (фактор H «робость (-) – смелость (+)» ($r=-0,52$; $p<0,01$);

- инертность / ригидность установка («Метод сравнения парных таблиц») имела высокосignificantную связь с эмоциональной неустойчивостью ($r=0,61$; $p<0,001$), т.е., чем больше личность находилась под влиянием эмоций, тем более выраженной была инертность установки, что проявлялось доминированием эмоционального отношения в восприятии действительности;

- эмоциональная нестабильность (фактор C «эмоциональная нестабильность (-) – стабильность (+)» теста Кеттелла) была взаимосвязана с внушаемостью («Метод сравнения парных таблиц» Л.Н. Собчик) ($r=-0,40$; $p<0,05$), доверчивостью ($r=-0,46$; $p<0,05$), прогностической некомпетентностью ($r=0,41$; $p<0,05$) (данными клинико-психопатологического метода). Чем более эмоционально неуравновешенна личность, тем более она внушаема, доверчива и неспособна адекватно прогнозировать свои действия и поступки окружающих. Данный фактор имел взаимосвязи с такими социально-демографическими показателями, как возраст ($r=-0,44$; $p<0,05$) и уровень образования ($r=0,39$; $p<0,05$), т.е. эмоциональная нестабильность свойственна пациентам более старшего возраста и с более низким уровнем образования;

- фактор O «спокойствие (-) – тревожность (+)» 16-факторного теста Кеттелла был взаимосвязан со следующими микросоциальными и психологическими факторами: негативным отношением отца ($r=0,46$; $p<0,05$), эмоциональными реакциями в детском и подростковом возрасте (капризность, тревожность, страхи) ($r=0,44$; $p<0,05$), недостатком друзей в школьные годы ($r=0,72$; $p<0,001$), отвержением сверстников ($r=0,58$; $p<0,01$), алкоголизмом родителей ($r=0,46$; $p<0,05$). На формирование тревожности как свойства личности влияли: негативное отношение со стороны отца в детстве, наличие эмоциональных реакций в

период развития, недостаточное принятие сверстников и алкоголизм родителей.

Таким образом, согласно данным клинико-психологического и экспериментально-психологического методов, структуру психического инфантилизма пациентов с тревожно-фобическими расстройствами составили: зависимость, внушаемость, эмоциональная неустойчивость, недостаточно развитый контроль эмоций и поведения. Как показал корреляционный анализ, такие проявления психического инфантилизма, как зависимость и внушаемость, у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами определялись эмоциональными характеристиками личности.

Расстройства адаптации F 43.2

Среди обследованных у 4 пациентов (3 женщины, 1 мужчина) наблюдалась кратковременная депрессивная реакция F 43.20. В 2 случаях причиной расстройства был наезд на пешеходов, переходивших в неподходящем месте, повлекший за собой смерть пешехода в 1 случае (оба пациента работали водителями электротранспорта). В обоих случаях водители были признаны невиновными. В 2 других случаях причинами депрессивных реакций были разрыв отношений и увольнение с работы, где психотравмы носили неожиданный характер. Длительность расстройства не превышала 1 месяца. Основным проявлением расстройства было легкое депрессивное состояние. Больные жаловались на подавленное настроение, безразличие, нежелание никого видеть, поверхностный, с частыми пробуждениями сон, в 3 случаях – плаксивость.

Пролонгированная депрессивная реакция F 43.21. – это легкое депрессивное состояние на длительную стрессовую ситуацию, продолжающееся не более 2 лет; состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, препятствующее социальному функционированию и возникающее в период адаптации к значительному изменению в жизни или жизненному стрессовому событию. У наших пациентов (в количестве 18 человек) данное расстройство имело отчетливую временную и причинную связь с психотравмирующим событием, которое сопровождалось существенным нарушением жизненных планов или/и неожиданностью. Длительность заболевания не превышала двух лет. Причиной расстройства у 6 пациентов была неожиданная потеря близких родственников (в 2 случаях – самоубийство), что, помимо нарушений семейных связей, повлекло изменения профессионального статуса (вынуждены были работать по неквалифицированной профессии), по-

терю жилплощади; в 3 других случаях потеря близких привела к полному одиночеству. Разрыв семейных связей был причиной заболевания у 5 больных, что также сопровождалось выраженными жилищно-материальными проблемами. У 4 пациентов отмечались неожиданные изменения профессионального статуса на работе или сокращения, у 3 пациентов причиной заболевания были судебные разбирательства длительностью до года.

В клинической картине описываемого расстройства доминировал депрессивный синдром. Больные предъявляли жалобы на снижение настроения, подавленность, плаксивость, потерю интересов, снижение активности, трудности выполнения привычных умственных и физических нагрузок. Часть больных во время беседы была фиксирована на имеющихся жизненных проблемах, пациенты охотно рассказывали о своих эмоциональных переживаниях, пытались найти поддержку у врача, спрашивали советов в решении своих проблем. Другие же, напротив, были малоразговорчивы, с явной неохотой отвечали на вопросы. Некоторые пациенты занимали внешнеобвиняющую позицию, винили в своих проблемах бывших супругов, родственников, начальство. Другие больные причину своих проблем видели в себе, ссылались на судьбу, интересовались мнением врача о посещении знахарок и целительниц. Большинство пациентов отмечали невозможность изменить имеющуюся жизненную ситуацию, высказывали разочарование во всем, не видели ничего положительного в своей жизни. Только в 4 случаях пациенты согласились с тем, что выход из их положения существует, и стали проявлять активность (поиск новой работы, обращение в социальную службу, в юридическую консультацию).

Смешанная тревожная и депрессивная реакция F 43.2 – расстройство, представленное как тревожной, так и депрессивной симптоматикой и имеющее отчетливую связь с психотравмирующим событием. Основные проявления у 6 пациентов с данным расстройством заключались в сочетании подавленности и снижения настроения с чувством беспокойства и тревоги из-за неразрешимости имеющихся жизненных ситуаций. Больные этой группы жаловались на трудности засыпания, поверхностный сон, не приносящий бодрости. На фоне нарастающей тревоги усилилась неуверенность в себе, в своих возможностях изменить ситуацию. Постоянные мысли о собственной неполноценности и несостоятельности способствовали возникновению опасений о своем будущем и будущем детей. Наряду с этим у больных отмечались вспыш-

ки раздражительности, направленные, как правило, на домашних. Все больные отмечали снижение работоспособности.

При клиническом обследовании у пациентов с расстройствами адаптации были выявлены личностные особенности, свидетельствующие о **психическом инфантилизме**. Как показал анализ клинико-психопатологических данных, у пациентов данной группы личностная незрелость, в первую очередь, определялась зависимостью. Зависимость, наряду со страхом быть покинутым, страхом одиночества, отметилась у 25 (89,2%) обследуемых. Пациенты боялись лишиться поддержки, необходимости принимать самостоятельные решения, опасались, что не смогут справиться с жизненными трудностями, и в этом они были схожи с пациентами с тревожно-фобическими расстройствами. Однако более выраженная зависимость, по сравнению с последними, была связана с тем, что у пациентов с расстройством адаптации мера принятия самих себя, оценка своих личностных качеств, деятельности напрямую зависела от окружающих. 17 (60,7%) пациентов данной группы большое значение придавали мнению окружающих. Оценка своей деятельности, собственной успешности или неуспешности определялась или в сравнении с достижениями других. При сравнении не в свою пользу легко возникали чувство подавленности, разочарования, обидчивость, раздражительность, внешнеобвиняющее поведение, как правило, направленное в сторону домашних (супругов или родителей). Другая часть пациентов, напротив, пассивно принимала происходящее, брала вину за происходящее на себя, акцентируя внимание на свою неспособность справляться с внешними обстоятельствами.

Большинство пациентов никогда не стремилось добиться профессиональных успехов, повысить профессиональный уровень, сменить работу на более высокооплачиваемую, престижную, хотя нынешняя работа не приносила удовлетворения, предпочитали работать в коллективе, повышение нагрузки им давалось с напряжением. При этом больные отмечали, что их сверстники добились большего, а они остались на том же профессиональном и материальном уровне. Личностная незрелость проявлялась также в недостаточном развитии побудительных мотивов к действию, общей пассивности. Данные анамнеза подтверждались социально-демографическими показателями. В стрессовых ситуациях у пациентов усиливалось беспокойство, внутреннее напряжение, тревожность, чувство беспомощности, собственной несостоятельности, что проявлялось раздражительностью, внешнеобвиняющими реакциями,

стремлением перекладывать ответственность на ближнее окружение, затем наступало состояние подавленности, усиление разочарований, обиды, что указывало на неразвитость преодолевающего поведения.

Эмоциональная неустойчивость была выявлена у 22 (78,6%) пациентов и проявлялась подверженностью настроения внешним факторам, ранимостью, склонностью к беспокойству, недостаточным контролем эмоций, склонностью к раздражительности, преобладанием таких способов реагирования, как разочарование, обида, что также указывало на эмоциональную незрелость больных. Однако выраженность эмоциональной неустойчивости была несколько ниже, чем у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами. Внушаемость, доверчивость в большей степени определялись ориентацией пациентов на мнение окружающих. Наивность, чрезмерная откровенность, прямолинейность суждений, выявленные у 8 (28,6%) пациентов, проявлялись стремлением делиться своими проблемами с окружающими, на работе, а порой и с малознакомыми людьми, интересоваться их мнением, спрашивать советы по поводу беспокоящей их проблемы. 3 пациентов участвовали в сомнительных маркетинговых программах.

Таким образом, мы можем предположить наличие личностной незрелости у пациентов с расстройствами адаптации, которая, прежде всего, определялась зависимостью, недоразвитием побудительных мотивов и преодолевающего поведения, внушаемостью, эгоцентризмом, и в меньшей степени – эмоциональной неустойчивостью, прогностической некомпетентностью.

Адекватная самооценка наблюдалась у 6 чел. (21,4%), лабильная – у 8 чел. (28,6%), завышенная – у 4 чел. (14,3%), заниженная самооценка – у 10 чел. (35,7%). Преморбидные особенности пациентов имели следующее распределение: преобладание гармоничных черт отмечалось у 6 чел. (21,4%), психастенические черты, психастенические акцентуации – у 12 чел. (42,6%), возбудимые черты характера – у 5 чел. (17,9%), истерические – у 5 чел. (17,9%).

Анализ данных анамнеза выявил ряд микросоциальных условий развития и особенностей развития в детском и подростковом возрасте (Приложение 2, 3), которые могли оказать негативное влияние на уровень зрелости личности пациентов с расстройствами адаптации:

1) воспитание в условиях неполных семей (35,7%), негармоничный и асоциальный характер семейных отношений (67,8%), преобладание стилей воспитания, характеризующихся недостаточной заботой и вни-

манием, низкий уровень принятия со стороны родителей. 10 (35,7%) пациентов характеризовали свое детство как несчастливое, в качестве причин назывались: сложные семейные обстоятельства (конфликты родителей, алкоголизация последних, особенности воспитания (суровые наказания в 6 (24,1%) случаях, 4 (14,2%) случаях была выявлена психологическая депривация со стороны родителей), смерть близких – у 8 чел. (29,6%), развод родителей – у 4 чел. (14,2 %);

2) у 12 (42,9%) испытуемых в дошкольном возрасте имели место эмоциональные реакции в виде повышенной капризности, плаксивости, стеснительность, страхи темноты, одиночества, незнакомых ситуаций, в подростковом возрасте эмоциональная неустойчивость наблюдалась у 16 чел. (57,1%). Большинство из пациентов имели трудности школьной адаптации и общения со сверстниками, что проявлялось в излишней застенчивости, робости, неразвитости коммуникативных навыков, часть пациентов считали себя «скучными», «неинтересными» для одноклассников. На недостаток друзей в школьные годы указали 9 чел. (32,1%), отвержение со стороны одноклассников – 9 чел. (32,1%), насмешки – 6 чел. (21,4%).

3) в детском и подростковом возрастах депрессивные реакции наблюдались в 4 случаях (причины: развод родителей – 2 чел., физические наказания – 1 чел., проблемы с одноклассниками с отказом ходить в школу – 1 чел.), и в 2 случаях были выраженные астенические реакции с пропуском занятий в конце учебного года. Во всех случаях не было обращения за медицинской помощью.

Как видно из представленных выше данных, развитие пациентов проходило в условиях недостатка принятия, заботы, внимания как со стороны родителей, так и со стороны сверстников, что в сочетании с эмоциональной неустойчивостью способствовало формированию зависимой жизненной позиции, пассивности, внешней ориентации в принятии себя, низкой толерантности по отношению к фрустрации, слабой развитости преодолевающего поведения.

Данные теста «Склонность к зависимому поведению» составили 113,4 баллов (среднее значение), что свидетельствовало о признаках высокой вероятности зависимого поведения у пациентов с расстройством адаптации и подтвердило данные клинико-психопатологического метода.

Анализ результатов методики «Сравнение парных таблиц» показал преобладание инертности установки у 15 (53,6%) пациентов, ригидность установки была выявлена у 8 чел. (28,6%), у 5 (17,9%) пациентов инерт-

ность установки отсутствовала. Незначительная внушаемость (до 2 ответов «+») была выявлена у 8 (28,6%) пациентов, средневыраженная внушаемость у 8 чел. (28,6%), выраженную внушаемость демонстрировали 8 (28,6%) пациентов. У 4 пациентов отсутствовали ответы «+» во второй колонке. Результаты методики «Оценка суггестивности», где средний показатель составил 65,7, также свидетельствовали о высоком уровне внушаемости. Результаты 16-факторного теста Кеттела представлены на рис. 2.

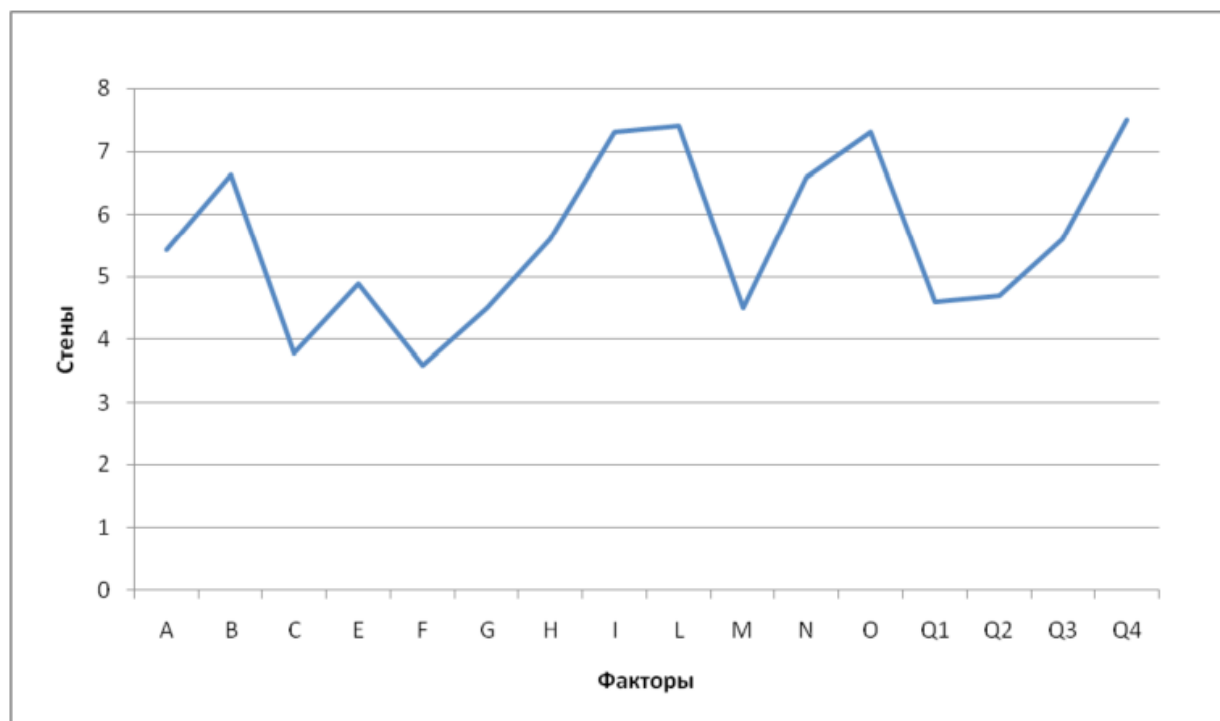


Рис. 2. Усредненный график личности пациентов с расстройством адаптации по данным 16-факторного теста Кеттела

Анализ результатов теста Кеттела (см. рис. 2) выявил следующие признаки личностной незрелости:

- эмоциональную нестабильность, ощущение беспомощности и как следствие уклонение от реальности (С «эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность»);

- повышенную чувствительность, впечатлительность, склонность к романтизму, а также склонность к принижению своей компетентности и способностей, чувству вины (факторы О «спокойствие – тревожность» и I «жесткость- чувствительность»);

- склонность к беспокойству в сочетании с использованием излишней защиты в виде настороженного отношения к людям, стремление воз-

ложить ответственность за ошибки на окружающих (факторы *Q4* «расслабленность – напряженность», *L* «доверчивость – подозрительность»).

Анализ факторов второго порядка 16-факторного теста Кеттелла выявил повышенную склонность к беспокойству, озабоченность, а также недостаточный эмоциональный контроль по фактору *QII* (тревожность – приспособленность). Кроме этого, пациентам данной группы свойственна тенденция к интроверсии, определяющими факторами которой в данном случае являлись сдержанность и осторожность, пессимистичность больных, пассивность жизненных позиций (*F* «сдержанность – экспрессивность»).

Согласно данным 16-факторного теста Кеттелла, личность пациентов с расстройством адаптации характеризовалась высокой чувствительностью, эмоциональной неустойчивостью, неудовлетворенностью собой, неуверенностью в себе, что внешне проявляется сдержанностью, осторожностью, пассивностью.

Анализ теста Люшера показал следующие усредненные ранговые позиции цветовых выборов: 2 5 4 3 1 6 0 7. Сочетание 2 и 5 цветов на первых позициях выявило тенденцию личности к субъективным, надуманным оценкам по отношению к окружающим и сложившимся ситуациям, что связано с пессимистичностью, неуверенностью в себе. «Рабочая группа», определяемая расположением 2,3,4 - го цветов, находилась в начале ряда, была «разбита» 5-тым цветом, что указывало на снижение работоспособности за счет снижения адаптационного барьера и в целом пониженной активности. Отсутствие основных цветов на последних позициях указывало на сниженную интенсивность эмоционального напряжения, балл тревожности был равен 0. Коэффициент вегетативного баланса равен 0,9, что указывало на преобладание процессов торможения.

Таким образом, согласно тесту Люшера личность пациентов с расстройством адаптации характеризовалась пассивностью, сверхчувствительностью, в том числе к критическим замечаниям, обидчивостью, склонностью придавать особую значимость своим суждениям и высказываниям других людей, что проявлялось в защитных внешнеобвиняющих тенденциях при затруднении адаптации в межличностных отношениях.

Корреляционный анализ показателей методик, данных клинико-анамнестического метода выявил следующие значимые взаимосвязи:

– склонность к зависимому поведению (методика «Склонность к зависимому поведению») имела положительные корреляционные связи со

склонностью к беспокойству ($r=0,47$; $p<0,05$) (фактор *O* «спокойствие – тревожность» 16-факторного теста Кеттела), со страхом быть покинутым (данные анамнеза) ($r=0,39$; $p<0,05$), с микросоциальными и средовыми факторами: отвержением со стороны родителей ($r=0,50$; $p<0,01$), негативным или формальным отношением отца ($r=0,44$; $p<0,05$), недостатком друзей в периоды развития ($r=0,42$; $p<0,05$), отвержением со стороны сверстников ($r=0,40$; $p<0,05$);

– суггестивность (методика «Оценка суггестивности») имела высокий уровень корреляции с тревожностью ($r=0,51$; $p<0,01$) (фактор *O* «спокойствие – тревожность» 16-факторного теста Кеттела), а также с фактором *M* «практичность – мечтательность» теста Кеттела ($r=-0,42$; $p<0,05$). Суггестивность положительно коррелировала с отвержением со стороны сверстников ($r=0,60$; $p<0,001$), с негативным отношением матери или отсутствием должного внимания с ее стороны ($r=0,67$; $p<0,001$), с неблагоприятными семейными отношениями в детстве ($r=0,54$; $p<0,01$), эмоциональными реакциями в детстве ($r=0,42$; $p<0,05$) и разводом родителей ($r=0,40$; $p<0,05$);

– инертность / ригидность установки («метод сравнения парных таблиц») коррелировала с такими стилями воспитания как «ежовые рукавицы» ($r=0,50$; $p<0,01$) и «золушка» ($r=0,44$; $p<0,05$), а также с суровыми наказаниями в детстве ($r=0,43$; $p<0,05$);

– эмоциональная нестабильность (фактор *C* «эмоциональная нестабильность – стабильность» 16-факторного теста Кеттела) коррелировала с чувством беспомощности ($r=-0,50$; $p<0,01$), с микросоциальными условиями в детстве: отвержением со стороны родителей ($r=0,41$; $p<0,05$), эмоциональными реакциями в периоды развития ($r=-0,46$; $p<0,05$), алкоголизмом близких родственников ($r=-0,41$; $p<0,05$);

– подозрительность (фактор *L* «доверчивость – подозрительность» 16-факторного теста Кеттела) коррелировала с порядком детей в семье ($r=-0,43$; $p<0,05$), т.е. младшие дети являлись более доверчивыми, чем старшие, с воспитанием в полной семье ($r=-0,43$; $p<0,05$);

– тревожность (фактор *O* «спокойствие – тревожность» теста Кеттела) была взаимосвязана с такими качествами личности, как эгоцентризм ($r=0,42$; $p<0,05$), максимализм ($r=0,44$; $p<0,05$), яркость воображения ($r=0,42$; $p<0,05$), а также с негативным отношением матери ($r=0,40$; $p<0,05$), эмоциональными реакциями в детстве ($r=0,43$; $p<0,05$), недостатком друзей в подростковом возрасте ($r=0,61$; $p<0,001$).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что у пациентов с расстройством адаптации основу личностной незрелости составили склонности к зависимому поведению, эгоцентризм, в меньшей степени эмоциональная неустойчивость, внушаемость, прогностическая некомпетентность. Формирование таких проявлений психического инфантилизма, как зависимость и внушаемость, определялись, помимо эмоциональной незрелости, микросоциальными факторами, связанными с недостаточным уровнем принятия в детстве.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства F 44

Диссоциативные (конверсионные) расстройства были представлены 2 рубриками: диссоциативные расстройства моторики F44.4 – 4 пациентки; диссоциативные расстройства смешанные F44.7 – 13 пациентов. Данные расстройства возникли на фоне психических травм: болезнь родственников, отношения в коллективе, отношения с мужем, переезд из другого города, раздел жилплощади. Во всех случаях психотравмирующие ситуации имели невыраженный характер, однако возникновение расстройства помогало избежать решения возникших проблем. Данные диагнозы были поставлены после тщательного неврологического, соматического обследования у соответствующих специалистов.

Клиническая картина диссоциативных (конверсионных) расстройств моторики была представлена 3 случаями истерического мутизма, 1 случаем астазии – абазии. В 2 случаях афония возникла после конфликтов на работе и дома, 3-й случай – после разговора по телефону с другом. Во всех случаях пациентки активно вступали в письменный контакт, сохранялось понимание устной речи и способность произносить отдельные фонематические звуки. Истерическая астазия – абазия возникла после сообщения о самоубийстве мужа, проявлялась неспособностью стоять самостоятельно (без поддержки пациентка сразу садилась, не могла самостоятельно встать) и незначительным нарушением координации (не сразу могла взяться за дверную ручку). Пациентку сопровождала пожилая мать. Диссоциативные расстройства смешанные F44.7 были представлены нарушениями чувствительности в виде разной степени гипостезии. Границы возникшей гипостезии были по «ампутационному» типу: так, в 6 случаях – по форме перчаток, в 2 – строго по средней линии тела, в 1 – до середины бедра, в 1 случае – до голеностопного сустава. У 2 пациентов явления гипостезии сопровождались ограничением движений, у 1 больной – преувеличенным дрожанием кистей. Симптоматика 4 пациентов носила характер копирования проявлений заболеваний родственни-

ков. Больные заметно активизировались во время предъявления жалоб: подробно, эмоционально описывали болезненные проявления, давая понять тягостный и изматывающий характер болезненных проявлений. Параллельно больные высказывали множество упреков в адрес родственников, коллег по работе, обвиняя их в черствости, недостаточной заботе, внимании. У некоторых пациенток наблюдалась демонстративность, манерность поведения, в том числе и во внешнем виде: часть пациенток подчеркнуто не следили за внешностью, объясняя отсутствием сил, при этом постоянно сравнивая себя до болезни. Все пациентки отмечали снижение активности, в целом за счет имеющегося заболевания, часть пациенток перестала выполнять домашнюю работу. 6 обследуемых посещали психотерапевтический стационар в сопровождении родственников.

Помимо жалоб конверсионного характера, все пациентки предъявляли жалобы на тревожность, постоянные мысли о своем заболевании, высказывали беспокойство по поводу дальнейшей своей жизни, возможности продолжать работать, также отмечали чувство подавленности, снижение настроения, слезливость, раздражительность, расстройства сна, трудности сосредоточения. Хотя пациентки отмечали выраженное снижение трудовой активности, при этом они активно посещали врачей, проходили медицинское обследование, интересовались новыми методами диагностики и лечения, активность межличностных отношений у 12 пациенток оставалась сохранной (общение по телефону).

У пациенток с диссоциативными расстройствами был выявлен **психический инфантилизм**, характеризовавшийся, прежде всего, эгоцентрической направленностью личности, проявляющейся сосредоточенностью на собственных интересах и потребностях. Выраженный эгоцентризм, в сочетании с отстаиванием своих позиций, упрямством, своеволием, категоричностью суждений, был выявлен у 12 (70,6%) пациенток. Эти пациентки отличались общительностью, активностью, они легко занимали лидирующие позиции, у 5 (29,4%) из них наблюдалась выраженная требовательность, своеволие, стремление доминировать, конфликтность поведения. Эгоцентризм определял такое свойство личности пациентов, как зависимость от меры принятия другими. При этом обследуемые демонстрировали внешне независимое поведение, при опросе также отрицали у себя зависимые формы поведения. Внешне независимое поведение в 5 (29,4%) случаях носило подчеркнуто демонстративный характер, в 7 (41,2%) случаях – не столь выраженный характер, что, на наш взгляд, было связано со стремлением произ-

водить благоприятное впечатление и в целом указывало на превалирование у данных обследуемых эмоционального компонента зависимости. Внушаемость, свойственная всем пациентам, носила заметный, выраженный, но при этом избирательный характер и определялась как эгоцентризмом, зависимостью личности, так и актуальной в определенной момент потребностью. Эмоциональная неустойчивость обследуемых проявлялась недостаточно развитым контролем эмоций в виде быстрой смены настроения, импульсивности, повышенной впечатлительности, что наиболее ярко прослеживалось в психотравмирующих ситуациях и ситуациях психофизического напряжения.

У 5 (29,4%) обследуемых эгоцентризм маскировался выраженной эмоциональной лабильностью, неуверенностью в себе, робостью, повышенной впечатлительностью и ранимостью. В поведении этих пациенток присутствовали признаки гиперконформности в условиях значимого круга, стремление соответствовать общепринятым нормам в группе, в результате чего придавалась повышенная значимость отношениям с окружающими и критическим замечаниям. У данных пациенток также наблюдалась зависимость от близких (родителей, супруга) в силу неуверенности, трудностей принятия решений, у них чаще присутствовало поведение избегания и перекладывание ответственности на других. При этом обследуемые также отрицали наличие у себя зависимости. Такие свойства, как доверчивость, наивность, прогностическая некомпетентность, у данных испытуемых носили более выраженный характер, что было обусловлено сосредоточенностью на узколичностных интересах, зависимостью, а также эмоциональной неустойчивостью в виде впечатлительности, робости.

В стрессовых ситуациях у всех пациенток преобладающими формами реагирования являлись экспрессивные реакции (раздражительность, вербальная агрессивность), обидчивость, плаксивость, внешнеобвиняющее поведение, стремление манипулировать эмоционально значимыми лицами. Любые ситуации, требующие напряжения, сопровождались недовольством, стремлением возложить ответственность на других. В случаях несоответствия положения своим потребностям возникали реакции в виде капризности, раздражительности, подавленности, снижения активности.

Помимо указанных качеств, для всех пациенток были характерны яркость воображения, склонность к фантазированию, что находило отражение и непосредственно в склонности помечтать, а также в реальном воплощении – в одежде, стремлении устраивать необычные представления как на работе, так и в семье. Как показывал анамнез, профессио-

нальная деятельность приносила пациенткам удовлетворение, если соответствовала их эгоцентрическим потребностям. Успешность выполнения профессиональной деятельности, в большей степени, была обусловлена интересом, эмоциональной вовлеченностью, а также откликом окружающих на результат их деятельности. При этом, если необходимо было выполнять работу, требующую определенного напряжения или носящую рутинный характер, привлекательность работы резко снижалась. В целом у пациентов отмечались трудности переносимости типичных ситуаций, нарушающих их привычный стиль жизни, что указывало на низкую стрессоустойчивость.

Таким образом, специфика структуры психического инфантилизма у пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройствами определялась эгоцентризмом, при этом зависимость и внушаемость носили вторичный характер по отношению к эгоцентрической направленности личности.

Завышенная самооценка наблюдалась у 12 пациенток (70,6%), заниженная – у 5 чел. (29,4%). Преморбидные особенности пациентов имели следующее распределение: преобладание сочетанных психастенических и истерических черт – 5 чел. (29,4%), сочетание возбудимых и истерических черт характера – 4 чел. (23,5%), истерических – 8 чел. (47%).

Анализ данных анамнеза выявил ряд микросоциальных условий развития и особенностей развития в детском и подростковом возрасте (Приложения 2, 3), которые могли оказать негативное влияние на степень личностной зрелости: 1) в данной группе наблюдался самый большой процент часто болеющих в детские годы (47%); 2) эмоциональная неустойчивость имела столь же выраженный характер, как и у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами (47%); 3) 41,2% обследуемых воспитывались в неполных семьях, на проблемный характер семейных взаимоотношений указывали 52,9% пациентов; 4) среди стилей воспитания преобладала гиперопека (41,2%), большинство больных были либо единственными детьми (41,2%) или младшими среди детей (41,2%).

Таким образом, на формирование признаков личностной незрелости пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройствами оказали влияние: воспитание в неполной семье, проблемный характер последней, воспитание в условиях гиперопеки на фоне соматического неблагополучия и эмоциональной неустойчивости.

Пациенты были обследованы с помощью 16-факторного теста Кеттела, данные представлены на рис. 3.

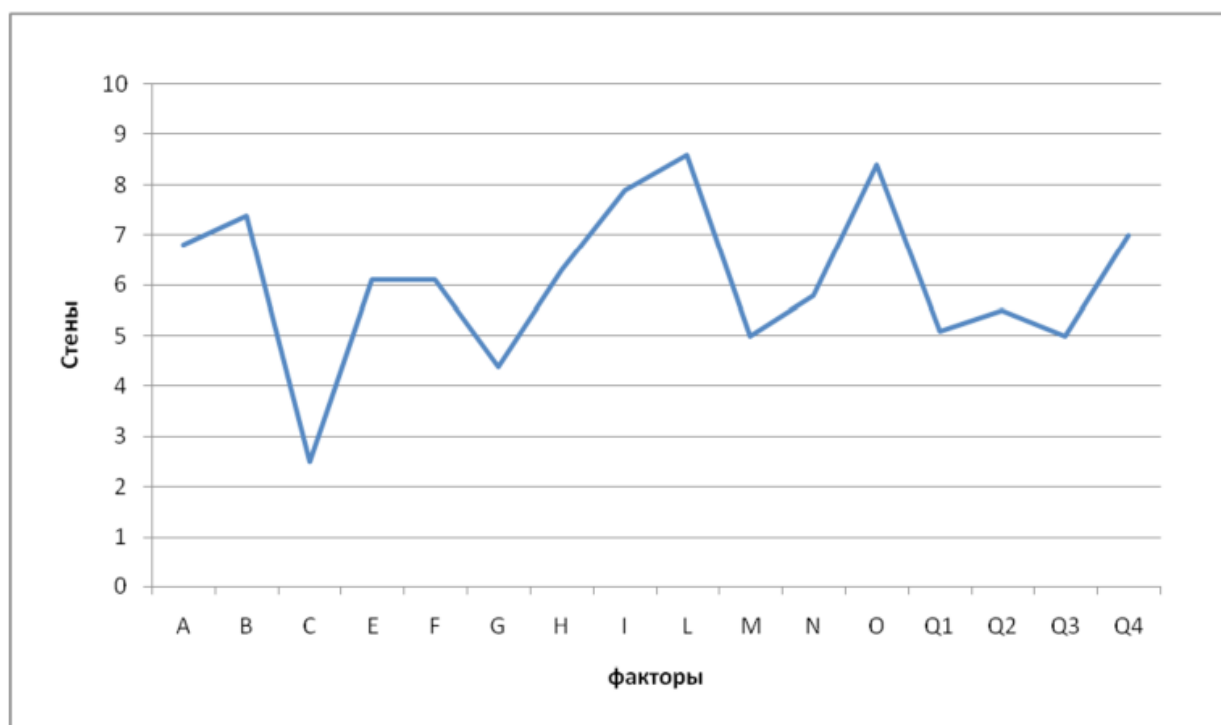


Рис. 3. Усредненный график личности пациентов с диссоциативными расстройствами по данным 16-факторного теста Кеттела

Анализ данных теста Кеттела показал, что пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройствами отличал высокий уровень эмоциональной нестабильности (фактор *C* «эмоциональная нестабильность – стабильность») и повышенной чувствительности (фактор *I* «жесткость – чувствительность»), что проявлялось импульсивностью, подверженностью настроения, впечатлительностью, низкой толерантностью по отношению к фрустрации. Повышенный уровень фрустрированности (фактор *Q4* «расслабленность – напряженность») в сочетании со стремлением возложить ответственность на окружающих (фактор *L* «доверчивость – подозрительность») также, на наш взгляд, указывал на личностную незрелость.

Анализ факторов второго порядка теста Кеттела выявил следующие характеристики личности, указывающие на психический инфантилизм:

- эмоциональная неустойчивость, проявляющаяся аффективностью, зависимостью от настроения (фактор *QII* «тревожность – приспособленность»);

- эмоциональная незрелость эмоций, низкий их контроль, что свойственно личности импульсивной, конфликтной. Однако мы не могли характеризовать личности пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройствами как безвольные, т.к. фактор *G* «нормативность

поведения» имел средние значения, что указывало на соблюдение пациентами общепринятых норм поведения (фактор *Q VIII* «высокое супер-эго – низкое супер-эго»).

Также были выявлены характеристики, свидетельствующие о экстравертированной направленности личности пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройствами (фактор *Q I* «экстраверсия – интроверсия»). Значения факторов *A* «замкнутость – общительность», *H* «робость – смелость», *F* «сдержанность – экспрессивность» позволили характеризовать личность пациентов как общительную, активную в установлении как межличностных, так и социальных контактов. В поведении проявлялись экспрессивность, направленность вовне. Кроме этого, обследуемым данной группы был свойственен поведенческий компонент независимости (фактор *Q IV* «независимость – покорность»), который проявлялся настойчивостью, упрямством, ориентацией на собственное мнение, желанием доминировать.

Результаты по 16 – факторному тесту Кеттелла подтвердились данными теста «Склонность к зависимому поведению», средние значения по которому составили 107, 8 баллов, что указывало на признаки склонности к зависимому поведению у пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройствами.

Результаты методики «Сравнение парных таблиц» в данной группе показали преобладание ригидности установки у 10 чел. (58,8%), что указывало на превалирование эмоционального восприятия в оценке действительности. Выраженная внушаемость была выявлена у 11 (64,7%) пациентов, из них 9 (52,9%) дали все 8 ответов «+», что свидетельствовало о сверхвнушаемости. Результат методики «Оценка суггестивности» в среднем составил 69,9 баллов, что также указывало на высокий уровень внушаемости и позволило говорить о повышенной внушаемости пациентов данной группы как о характеристике психического инфантилизма.

Анализ результатов теста Люшера показал следующие усредненные ранговые позиции цветовых выборов: 2 3 4 5 0 6 1 7. Сочетание 2 и 3 цветов на первых позициях указывало на активно-оборонительную позицию личности пациентов с диссоциативными расстройствами, а также на тенденцию к взрывным (эксплозивным) реакциям, повышенную чувствительность к социальным критериям внешней оценки личности, стремление к лидирующим позициям. Расположение 3, 4, 5 цветов в первой половине свидетельствовало о преобладании симпати-

ческого тонуса и процесса возбуждения. Это же подтвердилось коэффициентом вегетативного баланса (КВБ) – 1,3. Уровень тревожности также составил 2 балла, что указало на наличие эмоционального напряжения. Расположение рабочей группы (2, 3, 4 цвет) на первых позициях позволило говорить о высокой активности пациентов данной группы.

Корреляционный анализ показателей методик и данных клинко-анамнестического метода выявил следующие значимые взаимосвязи:

- суггестивности (методика «Оценка суггестивности») с эмоциональной нестабильностью (фактор *С* теста Кеттелла «эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность» ($r=-0,48$; $p<0,05$) и тревожностью (фактор *О* «спокойствие – тревожность» ($r=0,56$; $p<0,05$);

- инертность (ригидность) установки (метод «Сравнения парных таблиц») воспитание в полной семье ($r=0,50$; $p<0,05$); с неблагоприятным характером семейных отношений в детские годы ($r=0,54$; $p<0,05$), т.е., чем хуже отношения в семье, тем более выраженной установка (склонность к преобладанию эмоционального отношения к действительности);

- внушаемость (метод «Сравнения парных таблиц») положительно коррелировала с близкими, гиперопекающими отношениями со стороны матери ($r=0,60$; $p<0,05$) и склонностью к простудным заболеваниям в детстве (группа часто болеющих детей) ($r=0,60$; $p<0,05$). Данные взаимосвязи показывали, что внушаемость в данной группе формировалась в условиях ограничивающего воспитания, особенно в сочетании с частыми болезнями ребенка.

Таким образом, с учетом данных корреляционного анализа, структура психического инфантилизма у пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройствами определялась эгоцентризмом, зависимостью, внушаемостью, эмоциональной неустойчивостью.

Неврастения (F48.0) характеризовалась астеническим симптомокомплексом с преобладанием гиперстенической или гипостенической симптоматики, длительность которого превышала 3 месяца.

В результате клинко-психопатологического обследования у пациентов с неврастенией были выявлены следующие симптомы: астения – 12 чел. (46,2%), основными проявлениями которой были слабость, вялость в течение дня, снижение физической активности, быстрая утомляемость после незначительной нагрузки. Эмоциональная неустойчивость наблюдалась у 22 чел. (84,6%). Раздражительная слабость присутствовала у 14 чел. (53,8%), выражающаяся повышенной возбудимостью, раздражительностью и быстро наступающей истощаемостью как

в условиях работы, так и дома, однако в последнем случае отмечалась и вербальная агрессия, объектом которой были домашние, чаще дети. Вслед за вспышкой раздражительности по отношению к близким наступало чувство вины, раскаяния за «неумение держать в себя в руках». Чувство внутреннего напряжения, «невозможность расслабиться» отмечали 15 чел. (57,6%). Снижение умственной активности отмечали 12 пациентов (46,1%), в основном в виде жалоб на снижение памяти и трудности сосредоточения: «...не помню что сделала, а что нет...», «...не могу сосредоточиться на текущих рабочих моментах...». Нарушение сна наблюдалось у 17 чел. (65,4%), больные жаловались на поверхностный характер сна, частые пробуждения, чувство «разбитости» по утрам.

Помимо жалоб со стороны психической сферы, пациенты говорили о соматическом неблагополучии: головные боли, нехарактерные ранее, отмечали 14 чел. (53,8%), при этом головные боли носили неинтенсивный характер в виде тяжести, 4 пациента (15,4%) предъявляли жалобы на кратковременные боли в области сердца, сердцебиение.

Анализ клинической симптоматики дал основание для выделения гиперстенической формы неврастения, которая наблюдалась у 14 (53,8%) пациентов и проявлялась раздражительностью, аффективной неустойчивостью, чувством напряженности. Гипостеническая форма неврастения, для которой в большей степени характерны повышенная утомляемость, снижение работоспособности, более выраженная астения, наблюдалась у 12 (46,2%) пациентов.

У большинства пациентов (18 (69,2%)) данное расстройство возникло на фоне длительного психического и физического перенапряжения профессионального характера, основным мотивом обращения было скорейшее устранение беспокоящих проявлений, мешающих полноценной работе. У 8 (30,8%) пациентов причиной были психические травмы: в 3 случаях психическая травма носила семейно-бытовой характер (разрыв семейных отношений, конфликты с детьми), в 5 случаях – профессиональный (изменение профессионального статуса). Впервые обратились за медицинской помощью 20 (76,9%) пациентов, 18 чел. (69,2%) сами были инициаторами обращения, что подтверждалось данными других авторов (Свядош А.М., 1997).

Согласно анализу данных клинико-психопатологического метода, у пациентов с неврастением отсутствовали признаки психического инфантилизма. Так, обследуемые положительно относились к поддержке и советам окружающих, при этом их отличала самостоятельность в дейст-

виях, в том числе и профессиональных, они достаточно легко переносили эпизоды одиночества. Некоторые из пациентов отмечали, что большее значение придавали правильной оценке своих профессиональных возможностей и результатов, чем требовала этого ситуация, поддержке дружеских отношений на рабочем месте, формальные отношения воспринимались ими как негативные. У больных данной группы мы выявили наличие эмоциональной зависимости, внушаемости от принятия/непринятия окружающими, которые носили эпизодический характер и проявлялись, в основном, в профессиональной сфере. Однако данная зависимость не определяла и не изменяла (не находила отражение в поведении и скрывалась от окружающих) поведения испытуемых. На наш взгляд, наличие зависимости, с одной стороны, было связано с доминирующей профессиональной направленностью личности пациентов, на что указывали в равной степени представленные приоритетные жизненные ценности, такие, как семья и работа, а также самый большой процент руководящих должностей (38,5%) и смены места работы в связи с повышением (27%). С другой стороны, зависимость в виде определенного конформизма являлась необходимым условием профессиональных отношений. Повышенный уровень внушаемости, который также не находил отражения в поведении, в большей степени указывал на развитость эмпатических способностей личности пациентов с неврастенией, позволяющих адекватно адаптироваться в социуме.

Эмоциональная неустойчивость была выявлена у 12 чел. (46,1%), носила избирательный, невыраженный характер, ее внешние проявления успешно контролировались. Пациенты в повседневной жизни не акцентировали на ней внимание и характеризовали как: «...переменчивость настроения...», «...легко расстраиваюсь из-за пустяков...», «...долго не могу успокоиться после критических замечаний в свой адрес...», «...сначала реагирую, а потом начинаю думать...». Усиление эмоциональной неустойчивости отмечалось в ситуациях психофизического напряжения, как правило, только в определенных жизненных сферах, чаще в профессиональной.

У 6 (23%) пациентов этой группы была выявлена склонность к обидчивости, упрямству, причем эти качества проявлялись чаще всего в сфере семейных взаимоотношений и носили невыраженный характер. Обследуемые понимали «неправильность» своих реакций, требований и отмечали недопустимость проявления последних при других условиях.

Таким образом, достаточная социальная адаптация, парциальность представленных черт, таких, как зависимость, внушаемость, эмоцио-

нальная неустойчивость, упрямство, эгоцентризм у отдельных пациентов с неврастенией, невыраженный их характер, эпизодичность проявлений и различная представленность в разных жизненных сферах, в целом не позволила выделить синдром психического инфантилизма в структуре личности у обследуемых данной группы.

Адекватная самооценка наблюдалась у 14 чел. (53,8%), лабильная – у 3 чел. (11,5%), заниженная самооценка – у 9 чел. (34,6%). Преморбидные особенности пациентов имели следующее распределение: преобладание гармоничных черт – у 14 чел. (53,8%), психастенические черты, психастенические акцентуации – 10 чел. (38,5%), возбудимые черты характера – 2 чел. (7,7%).

Как показал анализ данных в приложении 2, 3, несмотря на то, что среди исследуемых процент часто болеющих в детстве (26,9%) не отличался от показателей среди других групп пациентов с невротическими расстройствами, у пациентов с неврастенией отмечалось достаточно благополучное развитие в детские и подростковый периоды. Так, в данной группе наблюдался более низкий процент по таким показателям, как эмоциональные реакции в разные возрастные периоды, низкая адаптация в коллективе. Так, у 7 чел. (26,9%) испытуемых в дошкольном возрасте имели место невыраженные страхи темноты, одиночества, незнакомых ситуаций. 12 чел. (46,2%) больных отмечали наличие стеснительности, робости в школьные годы, которые скрывались и не находили внешнего проявления. Среди моментов, имевших место в детском и подростковом возрасте, пациенты выделяли: недостаток друзей – 6 чел. (23%), у 5 чел. (19,2%) наблюдались эпизоды негативного отношения со стороны одноклассников в виде насмешек, отвержение – у 2 чел. (7,6%). Кроме этого, у пациентов с неврастенией в детстве наблюдались более благоприятные семейные условия развития по сравнению с пациентами других групп: гармоничный характер семейных отношений (53,8%) и воспитания (50%), близкие, доверительные отношения с родителями (см. приложение 3). Таким образом, низкая представленность эмоциональных реакций и более успешная адаптация в детские годы, отсутствие выраженных дезадаптирующих моментов в детские и подростковый периоды, адекватные условия развития могли способствовать формированию достаточной личностной зрелости у пациентов с неврастенией.

Как уже было сказано выше, пациенты были обследованы с помощью теста «Склонность к зависимому поведению». Средний пока-

затель по тесту составил 106,7, что указывало лишь на признаки тенденции к зависимому поведению у пациентов с неврастенией. Данные показателей теста Кеттелла (в частности фактор второго порядка *QIV* (независимость – зависимость) имели средние значения, которые не позволили выделить определяющую тенденцию в склонности к зависимости /независимости в структуре личности пациентов с неврастенией. Это подтвердило выявленную клинко-психопатологическим методом избирательность и непостоянство зависимости от мнения окружающих. В целом для пациентов с неврастенией свойственны самостоятельность в принятии решений, настороженность во взаимоотношениях с людьми, что позволило нам отметить поведенческий компонент независимости.

Анализ результатов методики «Сравнение парных таблиц» выявил у 9 (34,6%) испытуемых отсутствие инертности установки, т.е. у данных пациентов в оценке действительности преобладала объективно воспринимаемая информация. У 8 чел. (30,7%) инертность установки была обусловлена ситуативной тревожностью, что указывало на эмоциональное восприятие действительности в ситуациях напряжения. У 4 (15,4%) испытуемых инертность установки была связана с конституционально-обусловленной тревожностью, 5 чел. (19,2%) демонстрировали ригидность установки. У 8 (30,7%) испытуемых внушаемость не отмечалась. У 4 чел. (15,4%) была выявлена незначительная внушаемость (до 2 ответов «+» во второй колонке), у 8 чел. (30,8%) – средневыраженная внушаемость, о чем свидетельствуют частые ответы «+» (до 5 ответов «+») во второй колонке. 6 (23 %) пациентов демонстрировали выраженную внушаемость, давая более 6 положительных ответов. Во всех случаях выраженная внушаемость сочеталась с инертностью (конституционально-обусловленной тревожностью) или ригидностью установки, что позволило предположить взаимозависимость эмоционального восприятия действительности и внушаемости. По методике «Оценка суггестивности» средний показатель в данной группе составил 60,8. Однако при этом повышенный уровень внушаемости влиял на излишнюю зависимость от мнения окружающих, что подтвердилось клинко-анамнестическими данными, указывающими на значимость мнения окружения в принятии себя, оценке своей работы у пациентов с неврастенией.

Также были выявлены и другие характеристики личности пациентов данной группы по данным 16-факторного теста Кеттелла, представленным на рис. 4.

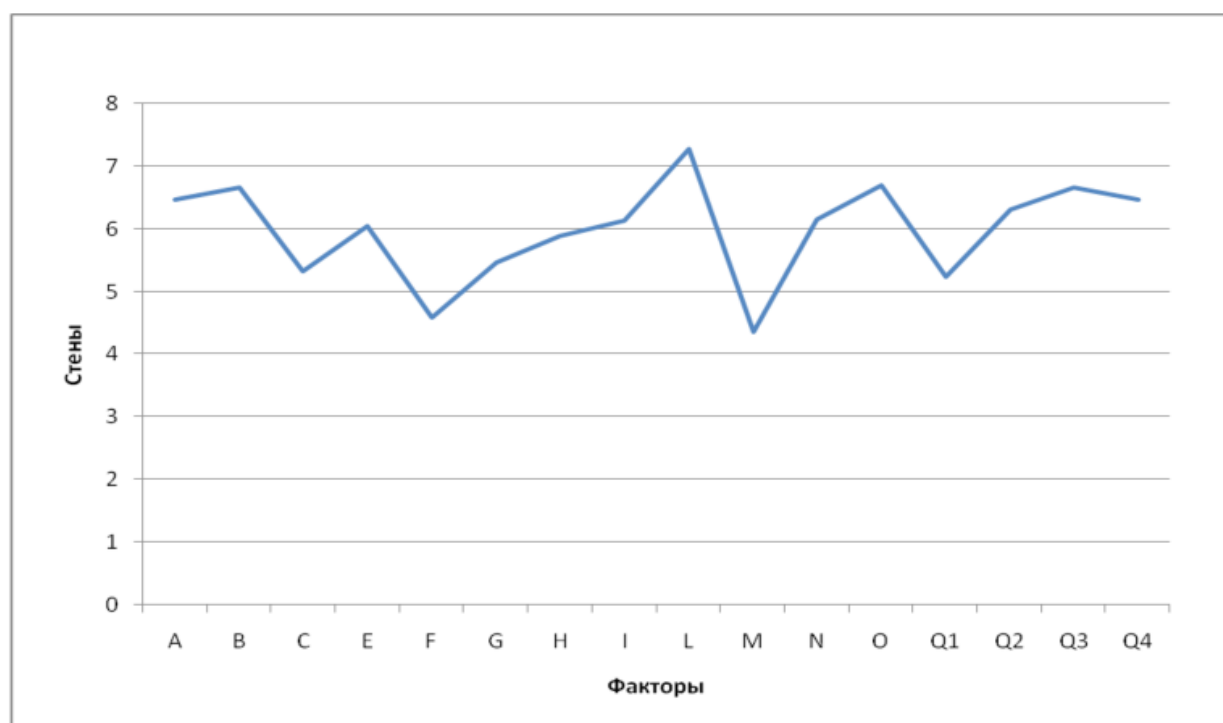


Рис. 4. Усредненный график личности пациентов с неврастениями по данным 16-факторного теста Кеттелла

Анализ результатов 16-факторного теста Кеттелла выявил следующие характеристики личности пациентов с неврастениями:

- преобладание настороженности в отношениях с людьми (фактор *L* «доверчивость – подозрительность»);

- склонность к эмоциональной неустойчивости, напряженности в трудных, стрессовых ситуациях (фактор *O* «спокойствие – тревожность»);

- самоконтроль, настойчивость, сознательность (фактор *Q3* «низкий самоконтроль – высокий самоконтроль»). В целом значение фактора указывало на достаточное развитие волевых установок личности пациентов, спонтанность, открытость к контактам.

Анализ факторов второго порядка теста Кеттелла, помимо выше описанного фактора *QIV* (независимость – зависимость), выявил:

- по фактору *QI* (экстраверсия – интроверсия) – при тенденции к активности, открытости в социальных контактах (фактор *H* «робость – смелость») у пациентов с неврастениями наблюдались настороженность, превалирование рассудительности в межличностных отношениях (фактор *F* «сдержанность – экспрессивность»). В целом уровень общительности в малых группах – средний, без явных тенденций к экстраверсии – интроверсии (фактор *A* «замкнутость – общительность»). Поведение

в социальных группах определялось самостоятельностью в принятии решений (фактор $Q2$ «конформизм – нонконформизм»), а также гибкостью и дипломатичностью в межличностном общении (фактор N «прямолинейность – дипломатичность»);

– по фактору QII (тревожность – приспособленность) – пациентам с неврастенией была свойственна незначительная склонность к беспокойству, озабоченность (фактор O), которые порождали состояние фрустрированности и снижали стрессоустойчивость (фактор $Q4$ «расслабленность – напряженность»). При этом тревожность успешно контролировалась с помощью достаточного уровня внутреннего контроля поведения (фактор $Q3$ «низкий самоконтроль – высокий самоконтроль»), что в сочетании со средне выраженными показателями по факторам: C (эмоциональная неустойчивость – устойчивость), G (низкая нормативность поведения – высокая нормативность поведения) – указывало на развитость волевых установок и являлось важным показателем достаточной саморегуляции.

Таким образом, для пациентов с неврастенией характерны: склонность к беспокойству, озабоченность в сочетании с развитым уровнем контроля эмоций и поведения, активность коммуникативных установок и самостоятельность позиций.

Анализ теста Люшера показал следующие усредненные ранговые позиции цветовых выборов: 2 4 5 3 1 0 6 7. Данный выбор свидетельствовал о таких противоположных характеристиках, как ригидность и эмоциональная неустойчивость, склонность к накоплению отрицательных эмоций и спонтанность, тенденция к самоконтролю со сниженной контролируемостью. Однако эти качества были выражены умеренно, что позволило говорить о сбалансированности личности пациентов с неврастенией. При этом наблюдалась подвластность средовым влияниям, ориентировка на мнение значимых других и референтной группы. Также личность пациентов характеризовалась экстравертированностью, что определялось предпочтением 3,4,5-го цветов. Отсутствие основных цветов на последних позициях указывало на сниженную интенсивность эмоционального напряжения. Сбалансированность вегетативно-эмоционального состояния испытуемых подтвердил коэффициент вегетативного баланса, равный 1. «Рабочая группа», определяемая расположением 2,3,4 –го цветов в начале ряда, была «разбита» 5-тым цветом, что указывало на некоторое снижение работоспособности за счет снижения адаптационного барьера.

Корреляционный анализ показателей экспериментально-психологических методик и данных клинико-анамнестического метода показал достоверно значимые взаимосвязи:

- склонность к зависимому поведению (по тесту «Склонность к зависимому поведению») отрицательно коррелировала с наличием семейного положения ($r=-0,4$; $p<0,05$), т.е. люди, не состоящие в браке, в большей степени ориентированы вовне и соответственно эмоционально более зависимы от мнения окружающих;

- повышенная суггестивность (методика «Оценка суггестивности») коррелировала со страхом быть покинутым ($r=0,50$; $p<0,01$);

- внушаемость («Метод сравнения парных таблиц») с характером отношений матери ($r=-0,47$; $p<0,05$), чем гармоничней были отношения с матерью, тем менее подвержен человек внешнему влиянию в последующей жизни. Также внушаемость положительно коррелировала с возрастом ($r=0,41$; $p<0,05$);

- склонность к беспокойству (фактор O «спокойствие (-) – тревожность (+)» теста Кеттела) положительно коррелировала с воспитанием по типу «кумир семьи» ($r=0,43$ $p<0,05$);

- фактор L «доверчивость (-) – подозрительность (+)» теста Кеттела имел положительные взаимосвязи со следующими свойствами, выявленными в структуре личности пациентов клиническим методом: эгоцентризмом ($r=0,50$; $p<0,01$), нетерпеливостью ($r=0,49$; $p<0,05$), раздражительностью ($r=0,43$; $p<0,05$), и отрицательную связь со склонностью к беспокойству ($r=-0,40$; $p<0,05$);

- склонность к обидчивости, упрямство (данные анамнеза) имела высокосignимые положительные взаимосвязи с такими личностными качествами, как эгоцентризм ($r=0,62$; $p<0,001$), максимализм ($r=0,73$; $p<0,001$), нетерпеливость ($r=0,75$; $p<0,001$), с факторами теста Кеттела: доминантность (фактор E ($r=0,39$; $p<0,05$)); экспрессивность (фактор F ($r=0,44$; $p<0,05$), а также с воспитанием в полной семье ($r=0,43$; $p<0,05$). Отрицательные связи наблюдались со склонностью к беспокойству ($r=-0,40$; $p<0,05$), страхом быть покинутым ($r=-0,43$ $p<0,05$).

Как показал корреляционный анализ, такое свойство личности, как зависимость, у пациентов с неврастенией было взаимосвязано с семейным положением. Выраженность внушаемости зависела от степени принятия матерью в детстве и страха одиночества в зрелом возрасте.

Соматоформные расстройства F45

Ипохондрическое расстройство F45.2 наблюдалось у 13 пациентов. Жалобы пациентов касались 2-х систем: сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Все больные проходили многократные обследования у специалистов. Несмотря на отсутствие органической патологии, пациенты высказывали предположения о наличии у них заболевания. Пациенты, жалобы которых касались сердечно-сосудистой системы, предполагали у себя ишемическую болезнь сердца, «серьезные нарушения сердечного ритма», невыявленный порок сердца. Пациенты, локализовавшие жалобы в области желудочно-кишечного тракта, высказывали опасения по поводу онкологического заболевания. Общая продолжительность заболевания варьировала от 1 года до 5 лет.

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы F45.3 – для данного расстройства характерно наличие жалоб, носящих характер вегетативного раздражения.

Среди пациентов с соматоформной дисфункцией сердца и сердечно-сосудистой системы F45.30 наблюдалось 6 человек. Жалобы были представлены выраженным сердцебиением, болями в области сердца, чувством перебоев в работе сердца, повышением давления на фоне волнения. Все пациентки наблюдались у терапевта, были консультированы эндокринологом, гинекологом, прошли объективное исследование (ЭКГ, ЭхоКГ). Признаков заболеваний сердца или какой-либо другой патологии, дающей сходную симптоматику, у них выявлено не было, назначенное терапевтом лечение не приводило к улучшению. Все наши пациенты имели диагноз «вегето-сосудистая дистония». Однако в связи с наличием тревожности, чувства подавленности, навязчивого обращения к интернистам была рекомендована консультация психотерапевта.

Основными жалобами пациентов (3 чел.) с дисфункцией верхнего отдела желудочно-кишечного тракта F45.31 были: в 2-х случаях – тошнота, чувство переполнения в желудке, тяжести, периодические боли, у одной из этих пациенток на фоне тяжести в желудке возникала рвота. Проявления носили периодический, приступоподобный характер, сопровождающийся потливостью. Отмечалось усиление на фоне волнения. В третьем случае жалобы были на чувство давления в эпигастрии, на аэрофагию, которая вызывала чувство стыда. Обе пациентки прошли всестороннее обследование.

С дисфункцией нижнего отдела желудочно-кишечного тракта F45.32 наблюдалось 2 пациентки, основными жалобами были жало-

бы вздутия живота, ощущения перемещения в животе, спазматические боли, неустойчивый стул, в одном случае – главной жалобой был метеоризм, сопровождающийся громким урчанием. На фоне вегетативных проявлений у пациентов появилось чувство беспокойства, подавленности, стеснения своих симптомов, ограничение активности и контактов.

Двум больным был поставлен диагноз: соматоформная вегетативная дисфункция дыхательной системы F45.33, основными проявлениями которой были одышка, ощущение нехватки воздуха, повышенная потливость, в одном случае – психогенная форма кашля.

В связи с тем, что сравнительный анализ групп пациентов с ипохондрическим расстройством и соматоформной вегетативной дисфункцией не выявил достоверных отличий, по изучаемым феноменам психического инфантилизма, по социально-демографическим данным и данным микро-социального развития (за исключением достоверно более высокого уровня образования у пациентов с ипохондрическим расстройством ($p<0,05$) и большей частоты эмоциональных реакций в детские годы у пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией ($p<0,05$), так и по результатам экспериментально-психологических методик (за исключением методики «Оценка суггестивности»: суггестивность была достоверно выше ($p<0,05$) у пациентов с ипохондрическим расстройством), мы сочли возможным рассматривать группу соматоформных расстройств в целом.

Согласно анализу личностных качеств и данных анамнеза, у пациентов данной группы были выявлены следующие феномены, свидетельствующие о наличии **психического инфантилизма**. У большинства пациентов наблюдалась приверженность к социальным условностям («быть не хуже других») и повышенная чувствительность к оценке своего поведения окружающими. Большинство пациентов данной группы беспокоились и том, что коллеги по работе узнают о том, где они проходили лечение, часть из них не сообщала даже об этом и домашним. На конформность поведения косвенно указывали высокая удовлетворенность работой, дружеские отношения с коллегами, а также та значимость, которая придавалась этим отношениям. Больные отмечали, что им трудно отстаивать свою точку зрения, т.к. это вызывало страх осуждения и непонимания со стороны окружающих, поэтому они предпочитали занимать пассивную позицию, что позволило говорить, с одной стороны, об их зависимости от мнения окружающих в виде конформности, а с другой – о ригидности жизненных взглядов, эгоцентрической направленности личности. Излишняя приземленность наряду с такими

свойствами, как ригидность и конформность не всегда позволяла находить адекватные решения в стрессовых ситуациях, лишая пациентов определенной степени находчивости.

У 15 (50%) пациентов с соматоформными расстройствами наблюдался высокий уровень эмоциональной неустойчивости, у 8 чел. (30,7%) – ситуативная эмоциональная неустойчивость. Пациенты отмечали, что они легко расстраивались по пустякам, болезненно реагировали на замечания окружающих (как близких, так и коллег), старались уклоняться, избегать конфликтных ситуаций. При этом внешнего отреагирования эмоции не находили из-за убежденности о нежелательности, невозможности проявления последних («... всегда была скрытной, замкнутой...», «... все переживала в себе...», «.. старалась никого не беспокоить своими проблемами...»). У большей части обследуемых присутствовало представление о собственной социальной неспособности, приниженности по отношению к другим, неуверенности в себе (данные самооценки). Больные отмечали, что после окончания школы хотели получить высшее образование, но побоялись сделать это или их отговорили родственники. На это указывал и одинаковый социальный статус родителей и пациентов, хотя у последних были возможности повысить свой профессионально-образовательный уровень. В профессиональной сфере пациенты также были пассивны, на что указывали также социально-демографические данные (одно место работы, смена места работы только в результате сокращения или низкой оплаты труда).

В связи с высоким уровнем эмоциональной неустойчивости и представлением о собственной социальной неспособности для больных данной группы были характерны скрупулезность, добросовестность, склонность к социально одобряемым формам поведения.

Круг интересов больных данной группы был ограничен решением узко-бытовых, семейных проблем, в целом отмечался достаточно высокий уровень практической адаптации обследуемых.

Большинство пациентов демонстрировали наивность, излишнюю доверчивость к людям, «примитивность» понимания межличностных отношений. Однако доверчивость проявлялась не в открытости и непосредственности, а в прямолинейности понимания межличностных отношений, в зависимости от собственных убеждений. В связи с этим больные отмечали, что «плохо разбираются в людях», часто испытывали разочарование в людях, что позволило говорить о прогностической некомпетентности в межличностных отношениях.

Склонность к фантазированию, мечтательности отмечалась у большинства пациентов, но ее отличала средняя выраженность и бытовая тематика мечтаний («какой сделать ремонт» и т.д.), что указывало на развитое конкретное воображение.

Преобладающими формами реагирования в стрессовых ситуациях были: плаксивость, ранимость, обидчивость, самобичевание, повышение замкнутости, «уход в себя».

Адекватная самооценка наблюдалась у 6 чел. (23%), заниженная самооценка – у 16 чел. (61,5%), завышенная – у 4 чел. (15,4%). Преморбидные особенности пациентов имели следующее распределение: преобладание гармоничных черт отмечалось у 5 (19,2%), психастенические черты – у 16 (61,5%), истерические – у 5 (19,2%).

Таким образом, у пациентов с соматоформными расстройствами структура психического инфантилизма характеризовалась в первую очередь зависимостью в виде конформности, эмоциональной неустойчивостью, доверчивостью и эгоцентризмом.

Анализ данных микросоциальных условий развития и особенностей развития в детском и подростковом возрасте (Приложения 2, 3), показал, что в половине случаев (53,8%) наблюдался проблемный и асоциальный характер семейных отношений у пациентов с соматоформными расстройствами. Превалирующими стилями воспитания были «среднее» и гиперопека в сочетании с постоянной критикой, ориентацией на мнение окружающих, недопустимостью ошибок. Большинство пациентов были единственными детьми в семье или младшими. Симбиотические отношения с матерью были выявлены в 3 случаях; близкие отношения – в 13 случаях. 11 (42,3%) пациентов входили в группу часто болеющих детей. У 14 (53,8%) испытуемых в дошкольном возрасте имели место эмоциональные реакции в виде повышенной капризности, плаксивости, стеснительность, трудности контакта с детьми. На недостаток друзей в школьные годы указали 9 (34,6%) больных, в качестве основной причины назывались трудности в силу стеснительности и робости. Среди моментов, имевших место в детском и подростковом возрасте, пациенты выделяли: несчастливое детство – 11 чел. (42,3%), смерть близких – 10 чел. (38,5%), развод родителей – 2 чел. (7,7%), суровые наказания – 1 чел. (3,8%).

На основе этих данных мы предположили, что черты незрелости, выявленные у пациентов, сформировались на фоне эмоциональной нестабильности, соматической отягощенности под влиянием неблаго-

приятных условий развития (неполные семьи, проблемный характер семейных отношений, трудности социальной адаптации в периоды развития, неразвитость коммуникативных навыков, воспитание с акцентом на формирование повышенной ответственности, совестливости, ориентацией на мнение окружающих).

Среднее значение показателя по тесту «Склонность к зависимому поведению» составило 105, 4 баллов, что указывало на признаки тенденции к зависимому поведению у пациентов с соматоформными расстройствами. Это подтвердилось и результатами 16-факторного теста Кеттелла (см. рис. 5), в частности, факторами: *Q1* «консерватизм – радикализм», *M* «практичность – мечтательность» и фактором второго порядка *QIV* «независимость – зависимость», данные которых указывали на преобладание мыслительного компонента зависимости обследуемых, в основе которого лежали консерватизм мышления, узость интеллектуальных интересов, склонность к морализации, излишняя ориентация на реальную деятельность. Эти данные позволили предположить, что определяющее значение в проявлениях зависимого поведения у пациентов с соматоформными расстройствами отводилось ригидному стремлению следовать общепринятым нормам.

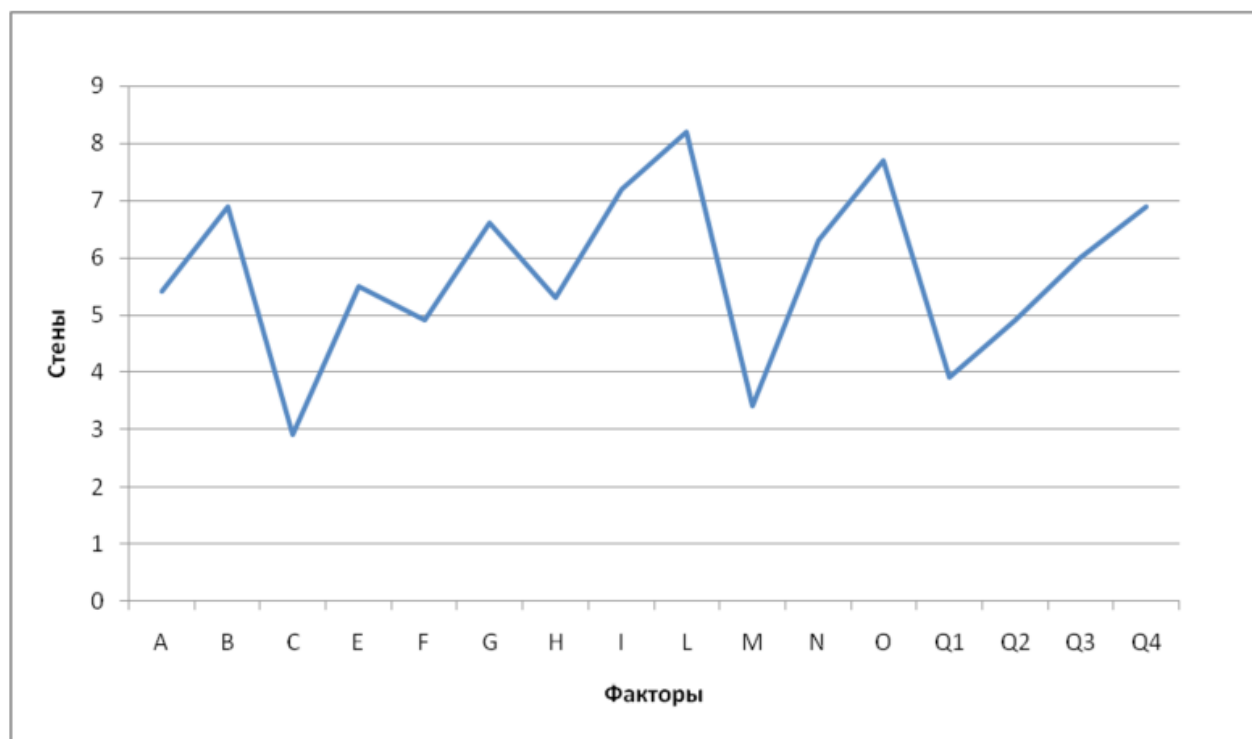


Рис. 5. Усредненный график личности пациентов с соматоформными расстройствами по данным 16-факторного теста Кеттелла

Анализ данных теста Кеттела выявил также следующие характеристики личности пациентов:

- высокий уровень эмоциональной нестабильности (фактор *C* «эмоциональная нестабильность – стабильность», впечатлительности (фактор *I* «жесткость- чувствительность»);

- склонность к беспокойству, ранимость, неуверенность в себе, чувствительность к одобрению окружающих, чувство недовольства собой (фактор *O* «спокойствие – тревожность»);

- по фактору *QVIII* «высокое супер-эго – низкое супер-эго» была выявлена эмоциональная нестабильность, которая контролировалась в силу нормативности поведения (фактор *G* «низкая – высокая нормативность поведения») и самодисциплины (фактор *Q3* «низкий самоконтроль – высокий самоконтроль»), т.е. внешний контроль эмоций был связан с повышенной социабельностью, неуверенностью в себе, страхом встретить неодобрение со стороны окружающих;

- по фактору *QII* «тревожность – приспособленность» пациентов данной группы отличали склонность к беспокойству, постоянное эмоциональное напряжение (факторы *O* и *Q4*). Однако, наряду с эмоциональной нестабильностью (фактор *C*), наблюдался достаточный самоконтроль эмоций и поведения (фактор *Q3*), который, на наш взгляд, определялся выраженной конформностью поведения обследуемых.

Анализ результатов методики «Сравнение парных таблиц» показал, что у 3 (11,5%) пациентов установка отсутствовала; у 6 (23%) больных установка «гасилась» объективно воспринимаемой информацией; у 12 (46,1%) пациентов была выявлена инертность установки; ригидность установки (7-8 ответов «+» в первой колонке) присутствовала у 5 чел. (19,2%).

Слабовыраженная внушаемость наблюдалась у 1(3,8%) пациента; средневыраженная внушаемость – у 13 (50%) пациентов; 12 (46,1%) пациентов демонстрировали выраженную внушаемость, из них 2 (7,7%) пациенток дали все 8 ответов «+», свидетельствующих о сверхвнушаемости. Полученные данные подтвердились результатами методики «Оценки суггестивности» – 64,7 баллов, что позволило говорить о средневыраженной внушаемости пациентов данной группы.

Анализ результатов теста Люшера в группе пациентов с соматоформными расстройствами показал следующие усредненные ранговые позиции цветовых выборов: 2 5 4 3 1 6 0 7. Сочетание 2 и 5 цветов на первых позициях указало, что, наряду с практичностью, имеются

и элементы субъективизма, сверхчувствительности к критическим замечаниям, тенденция придавать особую значимость высказываниям других людей, зависимость от мнения окружающих. «Рабочая группа», определяемая расположением 2,3,4 –го цветов в начале ряда, была «разбита» 5-тым цветом, что свидетельствовало о снижении активности за счет неуверенности в себе и ориентации на общепринятые нормы поведения. Отсутствие основных цветов на последних позициях указывало на сниженную интенсивность эмоционального напряжения, балл тревожности был равен 0. Коэффициент вегетативного баланса равен 0,9, что подтверждало преобладание процессов торможения.

Корреляционный анализ показателей методик, данных клинико-анамнестического метода выявил следующие значимые взаимосвязи:

– зависимость (методика «Склонность к зависимому поведению») коррелировала со следующими факторами теста Кеттела: *N* «прямолинейность – дипломатичность» ($r=0,53; p<0,01$) и *Q1* «консерватизм – радикализм» ($r=-0,47; p<0,05$), с максимализмом (данные клин. метода) ($r=0,56; p<0,05$) а также с воспитанием в полной семье ($r=-0,49; p<0,05$), с недостатком друзей в детский и подростковый периоды ($r=0,47; p<0,05$), со школьными проблемами ($r=0,42; p<0,05$), смертью близких ($r=0,43; p<0,05$), частотой психических травм ($r=0,49; p<0,05$). Т.е. зависимость у пациентов с соматоформными расстройствами была связана с такими качествами, как дипломатичность, консерватизм, а на формирование зависимости оказывали влияние следующие микросоциальные факторы в периоды развития: 1) воспитание в неполной семье; 2) недостаток коммуникаций со сверстниками; 4) школьные проблемы в виде отвержения; 5) смерть близких; 6) высокая частота психических травм;

– суггестивность (методика «Оценка суггестивности») коррелировала со сдержанностью (фактор *F* «сдержанность – экспрессивность» теста Кеттела ($r=-0,43; p<0,05$), т.е. внушаемость пациентов с соматоформными расстройствами была связана с осторожностью, сдержанностью проявления чувств, социабельностью;

– инертность (ригидность) установки («Метод сравнения парных таблиц») положительно коррелировала с факторами теста Кеттела: *O* «спокойствие – тревожность» ($r=0,40; p<0,05$), а также с отношениями отца ($r=0,47; p<0,05$), характером семейных отношений ($r=0,47; p<0,05$), школьной успеваемостью ($r=0,41; p<0,05$). Таким образом, доминирование эмоционального отношения к действительности было

связано со склонностью к беспокойству, близкими отношениями с отцом, ровными семейными отношениями, с успешной школьной успеваемостью;

– внушаемость («Метод сравнения парных таблиц») была взаимосвязана с факторами теста Кеттелла, характеризующими такие свойства личности, как прямолинейность (фактор N ($r=-0,41$; $p<0,05$)), напряженность (фактор $Q4$ ($r=0,39$; $p<0,05$)).

Таким образом, в структуре психического инфантилизма пациентов с соматоформными расстройствами определяющее значение отводилось зависимости в виде конформности, эмоциональной неустойчивости, внушаемости, эгоцентризма, ригидности взглядов.

3.2. Сравнительная характеристика структуры психического инфантилизма при невротических и соматоформных расстройствах

Сравнительный анализ проводился между 2 группами: 1-ая группа включала пациентов с невротическими расстройствами – 98 человек, 2-ая группа пациентов с соматоформными расстройствами – 26 человек.

Сравнительный анализ охватывал:

1. Данные клинико-анамнестического метода: социально-демографические данные пациентов, микросоциальные условия развития, статус родителей.

2. Данные клинико-психопатологического метода: основные характеристики психического инфантилизма (эмоциональная неустойчивость, зависимость, ригидность, доверчивость, эгоцентризм, склонность к фантазированию, прогностическая некомпетентность, максимализм, нетерпеливость, склонность к риску, страх быть покинутым).

3. Данные экспериментально-психологического метода: результаты всех вышеуказанных экспериментально-психологических методик.

Для проведения статистической обработки данных анамнеза и клинико-психопатологического метода выявленные признаки классифицировались по степени их выраженности: отсутствие признака или слабое выражение – 0, средняя выраженность признака – 1, яркое проявление признака – 2, что позволяло оценить тенденции в выраженности анализируемого признака.

Сравнительный анализ средних показателей характеристик психического инфантилизма представлен в табл. 5.

**Основные характеристики психического инфантилизма
в группах с невротическими (группа №1)
и соматоформными (группа №2) расстройствами**

Характеристики психического инфантилизма	Группа №1	Группа №2	<i>t; p</i>
Зависимость	1,14	1,04	
Внушаемость	1,13	1,04	
Доверчивость	0,99	1,12	
Эгоцентризм	0,76	0,92	
Склонность к фантазированию	1,15	1,04	
Прогностическая некомпетентность	0,81	0,54	
Максимализм (бескомпромиссность)	0,61	0,54	
Нетерпеливость	0,88	0,38	<i>t=3,02; P<0,01</i>
Страх быть покинутым	0,92	1,23	<i>t=-2,13; P<0,05</i>
Эмоциональная неустойчивость	1,14	1,50	<i>t=-2,26; P<0,05</i>
Ригидность	1,15	0,96	

Из таблицы 5 видно, что группы были сходны по многим параметрам психического инфантилизма: зависимость, внушаемость, доверчивость, склонность к фантазированию, ригидность. Однако, несмотря на одинаковую, среднюю выраженность данных параметров психического инфантилизма в группах, они отличались клинико-психологическим содержанием и проявлением. Зависимость, внушаемость, доверчивость у пациентов с соматоформными расстройствами были обусловлены доминирующими, основополагающими личностно-конформными установками. У пациентов с невротическими расстройствами данные характеристики психического инфантилизма были связаны с преобладанием эмоционального способа мышления и поведения. Средняя представленность эгоцентризма в структуре психического инфантилизма у пациентов с соматоформными расстройствами являлась результатом сосредоточенности на узколичностных потребностях соответствия общепринятым нормам. Полученные значения по выраженности эгоцентризма у пациентов с невротическими расстройствами позволили говорить о нехарактерности данного качества. Прогностическая некомпетентность у обследуемых с соматоформными расстройствами имела малую выра-

женность и была обусловлена, как указывалось выше, недостаточной компетентностью в межличностных отношениях. С одной стороны, это было связано со слабо развитыми навыками собственной оценки происходящего, с другой стороны, с привычкой следовать мнению окружающих, мнение которых не всегда носило «неправильный» характер. В целом же пациентов с соматоформными расстройствами отличали прозаичность, ориентация на конкретную практическую деятельность. Прогностическая некомпетентность пациентов с невротическими расстройствами имела бóльшую выраженность и была обусловлена эмоциональным способом реагирования. Такой параметр психического инфантилизма, как максимализм, имел малую представленность в структуре личности пациентов обеих групп. Равно представленная у обследованных двух групп, склонность к фантазированию, у пациентов с соматоформными расстройствами проявлялась развитым конкретным воображением.

Достоверные различия были получены по следующим характеристикам психического инфантилизма (см. таб. 5): страх быть покинутым, нетерпеливость, эмоциональная неустойчивость. Пациентам с невротическими расстройствами были свойственны менее выраженный страх одиночества, меньшая степень эмоциональной неустойчивости, большая нетерпеливость по сравнению с пациентами группы № 2. Личностная незрелость пациентов с соматоформными расстройствами характеризовалась страхом быть покинутым и высоким уровнем эмоциональной неустойчивости. Преобладание страха быть покинутым у пациентов с соматоформными расстройствами связано с главной определяющей тенденцией, пронизывающей всю их личность, – конформностью. У пациентов с невротическими расстройствами страх быть покинутыми, в большей степени, связан с эмоциональной неустойчивостью и, прежде всего, с недостаточно развитым эмоциональным контролем, на что указывали показатели выраженности нетерпеливости в данной группе.

Как показал клинико-психопатологический метод, несмотря на то, что в структуру психического инфантилизма в обеих группах входила эмоциональная неустойчивость, проявления ее имели ряд различий. При выраженности эмоциональной неустойчивости у пациентов с соматоформными расстройствами мы не находили ярких внешних проявлений последней, на что оказывали влияние такие свойства личности, как страх выражения своих чувств, неуверенность в себе, страх быть поки-

нутым, неправильно понятым и как следствие меньшая выраженность нетерпеливости, т.е. у пациентов мы наблюдали блокирование внешних проявлений эмоциональной неустойчивости. У пациентов с невротическими расстройствами, напротив, наличие эмоциональной неустойчивости выражалось во внешних формах реагирования, что и проявлялось в виде нетерпеливости. Это, в свою очередь, резко снижало возможность адекватной оценки ситуации и целенаправленной деятельности, указывало на бóльшую эмоциональность восприятия действительности, что позволило нам отнести преобладание эмоционального способа мышления и действий пациентов с невротическими расстройствами к признакам эмоционально-волевой незрелости.

Данные клинического метода подтвердились результатами экспериментально-психологических методик. Сравнительный анализ проводился по следующим методикам: 16-факторный тест Кеттелла, методика «Оценка суггестивности», «Метод определения установки и внушаемости», тест «Склонность к зависимому поведению», тест Люшера.

Усредненные графики личности пациентов и достоверные различия по результатам теста Кеттелла в группах №1 и №2 представлены на рис. 6. и табл. 6.

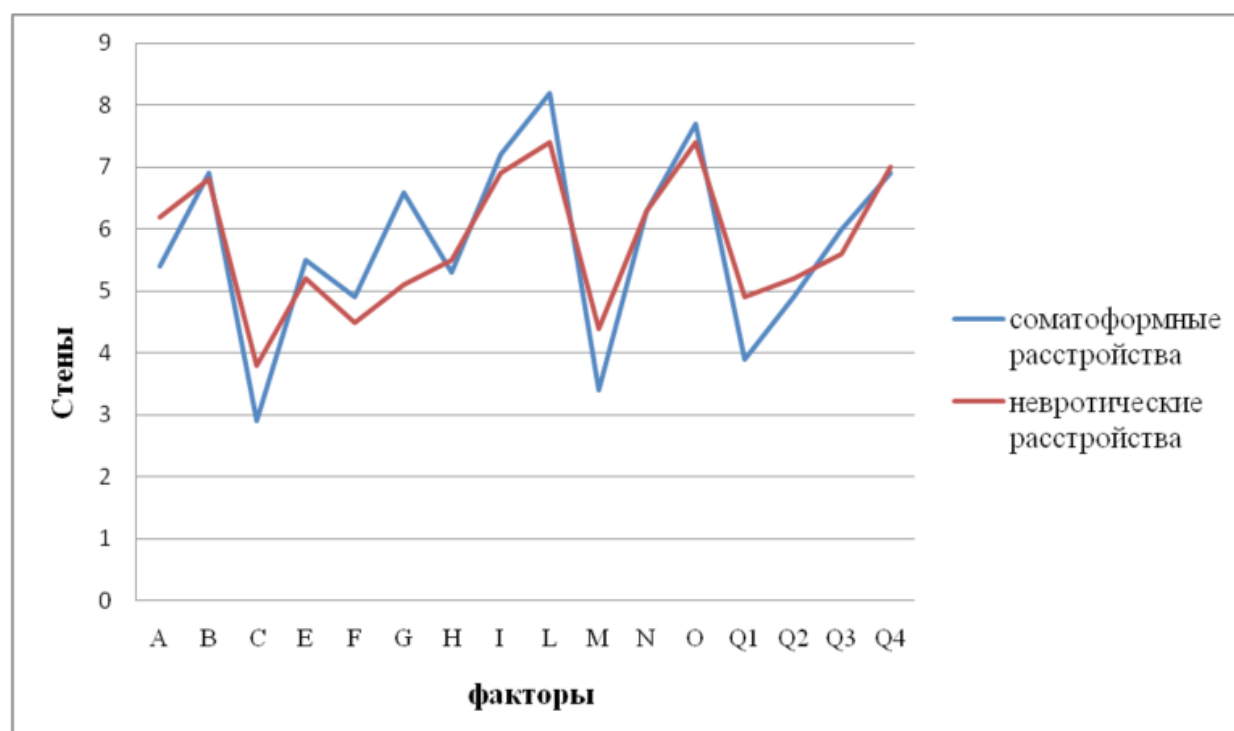


Рис. 6. Усредненные графики личности пациентов с невротическими и соматоформными расстройствами (16-факторный тест Кеттелла)

**Усредненные показатели по 16-факторному тесту Кеттелла
в исследуемых группах**

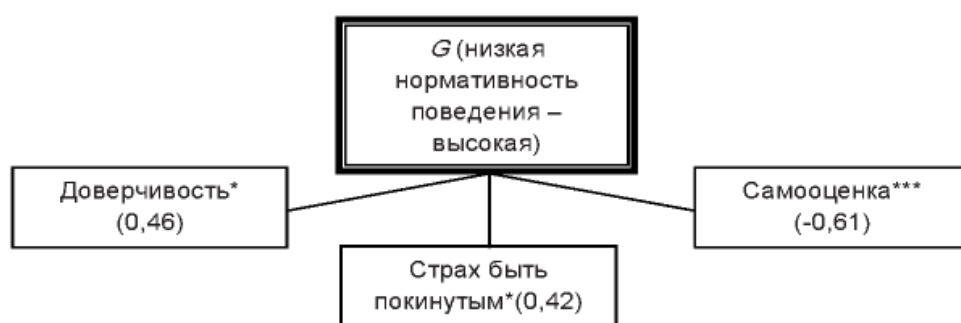
Факторы	Группа №1	Группа №2	<i>t, p</i>
<i>A</i> «замкнутость – общительность»	6,2	5,4	
<i>B</i> «интеллект»	6,8	6,9	
<i>C</i> «эмоциональная нестабильность – стабильность»	3,8	2,9	$t=2,08; P<0,05$
<i>E</i> «подчиненность – доминантность»	5,2	5,5	
<i>F</i> «сдержанность – экспрессивность»	4,6	4,9	
<i>G</i> «низкая – высокая нормативность поведения»	5,1	6,6	$t=-4,86; P<0,001$
<i>H</i> «робость – смелость»	5,5	5,3	
<i>I</i> «жесткость – чувствительность»	6,9	7,2	
<i>L</i> «доверчивость – подозрительность»	7,4	8,2	
<i>M</i> «практичность – мечтательность»	4,4	3,4	$t=2,46; P<0,05$
<i>N</i> «прямолинейность – дипломатичность»	6,3	6,3	
<i>O</i> «спокойствие – тревожность»	7,4	7,7	
<i>Q1</i> «консерватизм – радикализм»	4,9	3,9	$t=2,16; P<0,05$
<i>Q2</i> «конформизм – неконформизм»	5,2	4,8	
<i>Q3</i> «низкий – высокий самоконтроль»	5,6	5,7	
<i>Q4</i> «расслабленность – напряженность»	7,0	6,9	

Согласно приведенным данным, пациенты с соматоформными расстройствами обладали более выраженной нормативностью поведения, консервативностью, прозаичностью, ориентацией на внешнюю реальность, а также эмоциональной неустойчивостью. Таким образом, мы могли утверждать, что специфика структуры психического инфантилизма у пациентов с соматоформными расстройствами определялась конформностью и эмоциональной неустойчивостью. Пациенты с невротическими расстройствами, имея менее выраженную эмоциональную нестабильность, демонстрировали средний уровень нормативности поведения, меньшую склонность к консерватизму и приземленности интересов.

Анализ факторов второго порядка теста Кеттелла выявил у пациентов с невротическими расстройствами тенденцию к зависимости (фактор *QIV* «независимость – покорность»), при этом не удалось определить

преобладающий компонент зависимости. В группе пациентов с соматоформными расстройствами определяющим компонентом зависимости являлся мыслительный. Данный факт дал возможность предположить, что основой зависимости являлись конформные установки личности пациентов с соматоформными расстройствами.

Корреляционный анализ в группе соматоформных расстройств выявил достоверные связи высокой нормативности поведения с такими признаками психического инфантилизма как доверчивость ($r=0,46$; $p<0,05$), страх быть покинутым ($r=0,42$; $p<0,05$), а также высокозначимую взаимосвязь с заниженной самооценкой ($r=0,61$; $p<0,001$) (рис. 7).



$p<0,05$ * $p<0,01$ ** $p<0,001$ ***

Рис. 7. Корреляционные связи в группе № 2

Сравнительный анализ показателей теста «Склонность к зависимому поведению» выявил достоверные различия ($t=2,64$; $p<0,01$) между группами, их результаты представлены на рис. 8.

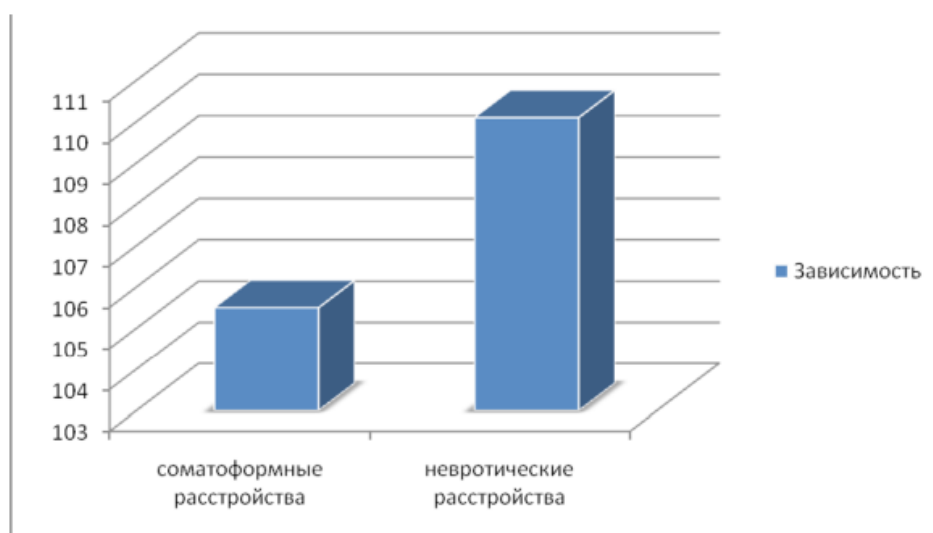


Рис. 8. Средние показатели теста «Склонность к зависимому поведению»
В.Д. Менделевича

Из диаграммы видно, что в группе пациентов с невротическими расстройствами значения показателя зависимости были выше, что указывало на признаки высокой вероятности зависимого поведения; а в группе пациентов с соматоформными расстройствами указывало на признаки тенденции к зависимому поведению.

Корреляционный анализ выявил достоверно значимые ($p < 0,05$) взаимосвязи зависимости (тест «Склонность к зависимому поведению») с рядом факторов теста Кеттелла и данными анамнеза (см. рис. 9, 10).

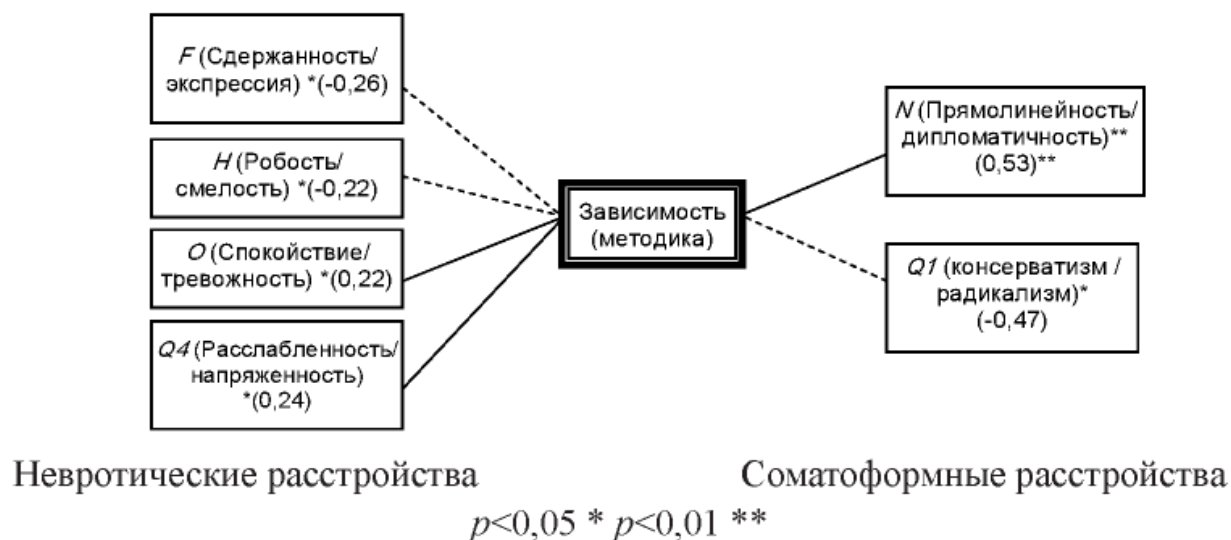


Рис. 9. Корреляционные взаимосвязи между показателями теста «Склонность к зависимому поведению» и 16-факторным тестом Кеттелла

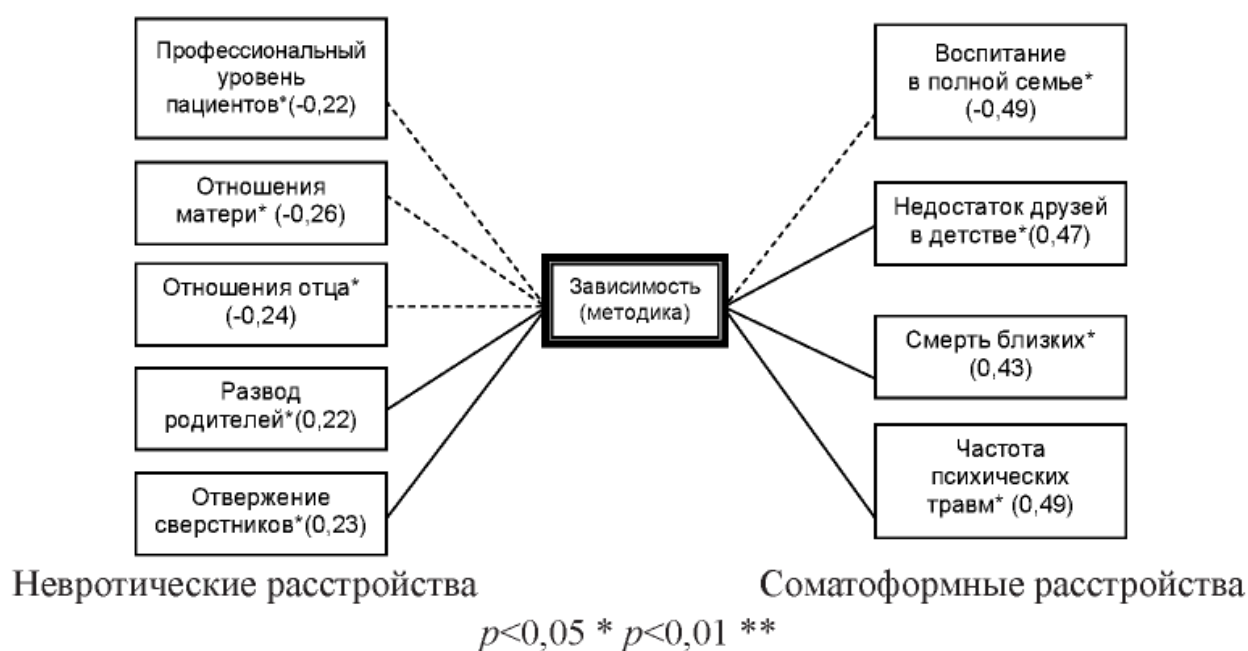


Рис. 10. Корреляционные связи между показателем теста «Склонность к зависимому поведению» и микросоциальными факторами

Согласно данным рис. 9., зависимость в группе пациентов с невротическими расстройствами в большей степени была взаимосвязана с эмоциональными свойствами личности: склонностью к озабоченности, беспокойством (фактор F), робостью, неуверенностью в себе, тревожностью, напряженностью. Склонность к зависимому поведению, выявленная у пациентов с соматоформными расстройствами, коррелировала с консерватизмом и дипломатичностью, что указывало в большей степени на мыслительный компонент зависимости. Превалирование мыслительного компонента объясняло и меньшую выраженность зависимости в данной группе.

Корреляционный анализ выявил отрицательную взаимосвязь зависимости с профессиональным уровнем пациентов группы №1: чем выше уровень зависимости, тем ниже социальный статус. Зависимость коррелировала с такими микросоциальными условиями развития, как отношения со стороны обоих родителей, лишённые принятия, заботы, негативное отношение (отвержение) сверстниками, развод родителей, что позволило нам предположить, что в развитии зависимости большое значение имел недостаток эмоционального принятия близкими. В группе с соматоформными расстройствами зависимость коррелировала с микросоциальными факторами: воспитание в неполной семье, недостаток друзей, смерть близких, что способствовало формированию чувства приниженности и социальной несостоятельности, недостаточно развитых коммуникативных навыков, принятия самого себя и как следствие конформных установок личности.

Анализ показателей по тесту «Оценка суггестивности» выявил высокий уровень внушаемости в группах №1 и №2: 64,6 и 63,7 соответственно, однако достоверных различий не было выявлено.

Анализ «Метода определения установки и внушаемости» Л.Н. Собчик показал инертность установок в обеих группах (группа №1 – 5, 2; группа №2 – 5,7), также средневыраженную внушаемость (5,4 и 4,8 соответственно), достоверных различий также не было выявлено.

Корреляционный анализ в группе пациентов с невротическими расстройствами выявил достоверные связи внушаемости («Оценка суггестивности») с факторами теста Кеттела, микросоциальными условиями развития и характеристиками психического инфантилизма, которые представлены на рис. 11. Внушаемость была связана с такими свойствами, как эмоциональная нестабильность, чувствительность, тревожность, низкий самоконтроль, социабельность, т.е., чем более подвержен

человек чувствам и склонен к принятию внешних форм поведения, тем он более подвержен внешнему влиянию. Микросоциальные факторы способствовали формированию вышеописанных свойств личности. Внушаемость коррелировала также с другими характеристиками психического инфантилизма: ригидность, эгоцентризм, бескомпромиссность, способствующими большей подверженности личности чужому мнению в повышенно значимых областях жизни.



Рис. 11. Корреляционные связи между тестом «Оценка суггестивности» и данными анамнеза, теста Кеттелла в группе с невротическими расстройствами

Примечание: $p < 0,05$ * $p < 0,01$ ** □ Невротические расстройства

В группе №2 была выявлена связь между суггестивностью (тест «Оценка суггестивности») и фактором *F* «сдержанность – экспрессивность» 16-факторного теста Кеттелла ($r = -0,43$; $p < 0,001$), т.е. внушаемость пациентов данной группы была взаимосвязана с такими качествами личности, как сдержанность, излишняя осторожность в поведении, недостаточная смелость, ориентация на значимую группу.

Корреляционный анализ показал достоверно значимые связи инертности установки и внушаемости («Метод определения установки и внушаемости») в группах №1 и №2, которые представлены на рис. 12. и рис. 13.

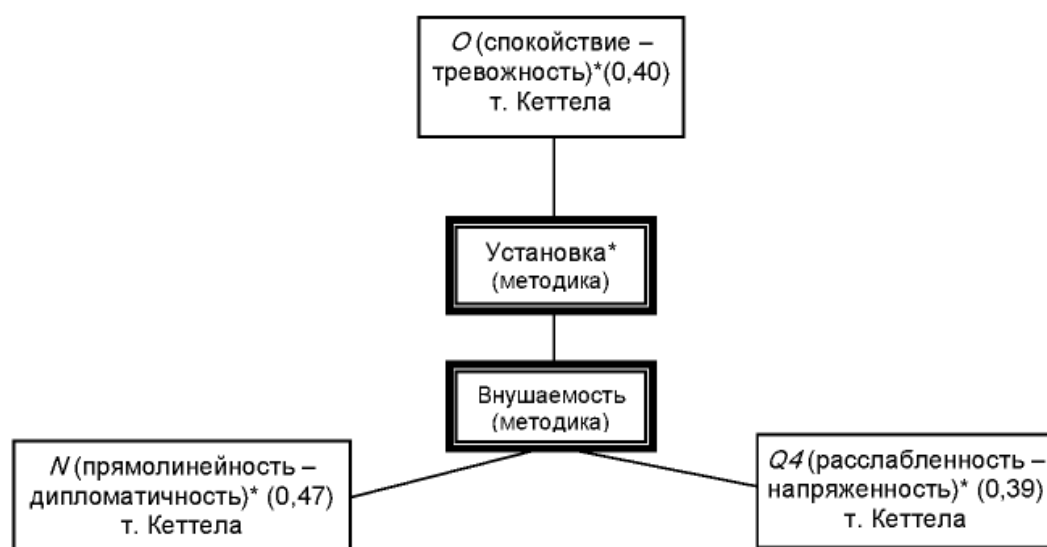


Рис. 12. Корреляционные связи между показателями теста «Метод определения установки и внушаемости» и 16-факторным тестом Кеттелла в группе с соматоформными расстройствами

Примечание: $p < 0,05$ * □ Соматоформные расстройства

Согласно представленным на рис. 12 данным, инертность установки была взаимосвязана с таким качеством, как тревожность, которая способствовала превалированию эмоционального отношения над объективно воспринимаемой информацией. Внушаемость коррелировала с напряженностью, мешающей реальной оценке происходящего, а также с дипломатичностью, что в контексте, приложенном к личности пациентов, в большей степени находило отражение в конформных установках.

В группе пациентов с невротическими расстройствами установка коррелировала с прямолинейностью, открытостью, непосредственностью, а также негативными микросоциальными факторами развития, способствующими формированию повышенной эмоциональности: воспитанием по типу «золушки», отвержением родителями, суровыми наказаниями, отсутствием заботы со стороны матери. Внушаемость положительно коррелировала с чувствительностью и с установкой, т.е. эмоциональное отношение к действительности препятствовало ее критическому осмыслению и делало личность податливой внешнему воздействию.

Анализ метода Люшера выявил следующие усредненные ранговые позиции цветовых выборов в обеих группах:

Группа №1 (невротические расстройства) 2 5 4 3 0 6 1 7

Группа №2 (соматоформные расстройства) 2 5 4 3 1 6 0 7



Рис. 13. Корреляционные связи между показателями теста «Метод определения установки и внушаемости», 16-факторного теста Кеттела и данными анамнеза в группе с невротическими расстройствами

Примечание: $p < 0,05$ * $p < 0,01$ ** □ Невротические расстройства

В обеих группах наблюдалось эмоциональное напряжение (перемещение цвета 1 на последние позиции), однако в группе с невротическими расстройствами уровень эмоционального напряжения был выше, о чем свидетельствовал балл тревожности, равный 2. Сочетание на первых позициях 2 и 5 цветов указывало на защитные внешнеобвиняющие тенденции при затрудненной адаптации, сверхчувствительность к критике, настороженность, обидчивость. Предпочтение 5 цвета на первых позициях свидетельствует о плохой адаптации личности, в частности связанной с эмоциональной лабильностью, впечатлительностью и тревожностью.

Достоверные различия, обнаруженные между выборками по социально-демографическим данным, микросоциальным условиям, представлены в табл. 7.

Данные, представленные в табл. 7, свидетельствовали о более высоком профессиональном и образовательном уровне пациентов с невротическими расстройствами, хотя последний показатель не имел достоверных различий. Уровень образования матерей в данной группе был достоверно выше. Однако наблюдались тенденции, указывающие, что социальный уровень родителей пациентов с невротическими расстройствами имел более высокие значения, а отношения родителей носили более негатив-

ный характер, чем в группе с соматоформными расстройствами. Средние значения по факторам воспитания в полной семье, злоупотребления алкоголем и характер семейных отношений находились примерно на одном уровне. Среди стилей воспитания в группе пациентов с соматоформными расстройствами преобладали гиперопека, среднее воспитание, также воспитание по типу «кумир семьи». В группе с невротическими расстройствами в равной степени были представлены такие типы воспитания, как гиперопека и среднее, однако высокую долю составили и такие типы воспитания, как «ежовые рукавицы» и «Золушка», указывающие на излишний контроль, жесткость и недостаток заботы со стороны родителей.

Таблица 7

Достоверные различия по данным клинико-анамнестического метода в группах с невротическими (группа №1) и соматоформными (группа №2) расстройствами

Показатели	Группа № 1	Группа № 2	t; p
Профессиональный уровень пациентов	2,39	1,77	$t=2,78; P<0,05$
Образовательный уровень	3,02	2,65	
Микросоциальные факторы развития			
Уровень образования матери	2,12	1,08	$t=6,85; P<0,001$
Профессиональный уровень матери	2,23	2,23	
Отношения матери	1,51	1,73	
Уровень образования отца	1,93	0,92	
Профессиональный уровень отца	2,04	1,92	
Отношения отца	1,06	1,23	
Воспитание в полной семье	0,76	0,65	
Характер семейных отношений	1,28	1,38	
Злоупотребление алкоголем	0,32	0,27	
Стили воспитания			
Гиперопека	0,34	0,46	
Кумир семьи	0,06	0,12	
Гипоопека	0,10	0,12	
«Ежовые рукавицы»	0,14	0,04	
«Золушка»	0,13	0,04	
Отвержение	0,06	0,04	
Среднее воспитание	0,34	0,38	

Также были получены достоверные различия:

- по факту большей частоты в школьные годы эмоциональных реакций в группе соматоформных расстройств ($t=2,23$; $p<0,05$);
- диагноз «вегето-сосудистая дистония» с высокой степенью достоверности встречался чаще в группе пациентов с соматоформными расстройствами ($t=4,08$; $p<0,001$);
- причиной расстройств чаще была профессиональная психотравма у пациентов с невротическими расстройствами ($t=-2,12$; $p<0,05$);
- снижение социальной адаптации в виде снижения или утраты интересов проявлялось больше в группе соматоформных расстройств ($t=2,15$; $p<0,05$).

Далее представлен сравнительный анализ группы соматоформных расстройств с отдельными нозологическими группами невротических расстройств. Группа соматоформных расстройств рассматривалась в целом, т.к. не было выявлено достоверных различий между группой пациентов с ипохондрическим расстройством и группой пациентов с соматоформной дисфункцией как по характеристикам психического инфантилизма, так и по результатам экспериментально-психологического метода (за исключением методики «Оценка суггестивности»: суггестивность была достоверно выше ($p<0,05$) у пациентов с ипохондрическим расстройством).

При клинико-психопатологическом обследовании мы наблюдали у пациентов каждой группы ряд характеристик психического инфантилизма, каждая, из которых классифицировалась по степени выраженности: отсутствие признака или слабое выражение – 0, средняя выраженность признака – 1, яркое проявлении признака – 2, затем подсчитывалось среднее значение по признаку в группе. Сравнительная характеристика средних значений выявленных характеристик психического инфантилизма в отдельных нозологических группах в сравнении с группой соматоформных расстройств представлена в табл. 8.

Как видно из данных табл. 8, большее количество достоверных различий структура психического инфантилизма пациентов с соматоформными расстройствами имела с группой пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройствами. Структура психического инфантилизма пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройствами определялась такими свойствами, как ригидность, эгоцентризм, максимализм, склонность к фантазированию и нетерпеливость. Пациентов с соматоформными расстройствами отличали бóльшая доверчивость, страх быть покинутым, эмоциональная неустойчивость.

**Характеристики психического инфантилизма
у больных соматоформными и невротическими расстройствами**

Показатели	<i>s</i>	<i>n</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>i</i>	$p<0,05$ *; $p<0,01$ **, $p<0,001$ ***
Зависимость	1,04	0,54	1,22	1,43	1,24	$p(s-n)**$ $p(s-d)*$
Внушаемость	1,04	0,50	1,11	1,25	1,59	$p(s-n)**$ $p(s-i)**$
Доверчивость	1,12	0,88	1,15	1,07	0,76	$p(s-i)*$
Эгоцентризм	0,92	0,46	0,52	0,75	1,59	$p(s-n)**$ $p(s-t)**$ $p(s-i)***$
Склонность к фантазированию	1,04	1,15	1,11	0,93	1,59	$p(s-i)*$
Прогностическая некомпетентность	0,54	0,88	1,0	0,89	0,76	$p(s-n)*$ $p(s-t)*$ $p(s-d)**$
Максимализм	0,54	0,42	0,52	0,43	1,35	$p(s-i)***$
Нетерпеливость	0,38	0,50	1,04	0,57	1,71	$p(s-t)***$ $p(s-i)***$
Страх быть покинутым	1,23	0,50	0,78	1,29	1,18	$p(s-t)**$
Эмоциональная неустойчивость	1,50	1,04	1,70	1,04	0,59	$p(s-n)*$ $p(s-d)**$ $p(s-i)***$
Ригидность	0,96	0,96	0,96	1,04	1,59	$p(s-i)***$

Пациентам с расстройством адаптации, по сравнению с группой пациентов с соматоформными расстройствами, была свойственна прогностическая некомпетентность и менее выраженная эмоциональная неустойчивость.

Пациентов с тревожно-фобическими расстройствами отличали менее выраженные эгоцентризм и страх быть покинутым, более выраженные прогностическая некомпетентность и нетерпеливость.

Пациентам с неврастенией свойственны более низкие показатели эмоциональной неустойчивости, эгоцентризма.

В табл. 9 представлено ранговое распределение показателей психического инфантилизма по группам, за исключением группы пациентов с неврастенией. Среди вышеуказанных показателей психического инфантилизма у пациентов данной группы были наиболее представлены склонность к фантазированию, эмоциональная неустойчивость, ригидность (см. табл. 8), которые носили средневыраженный характер, и в сопоставлении с данными анамнеза (высокой социальной адаптированностью и т.д.) не позволили говорить о наличии психического инфантилизма в структуре личности.

Таблица 9

Ранговое распределение показателей психического инфантилизма

Показатели	<i>ip</i>	<i>v</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>i</i>
	Ранги				
Зависимость	5,5	5	2	1	7
Внушаемость	5,5	5	5,5	3	3,5
Доверчивость	5,5	2	3	4	9,5
Эгоцентризм	5,5	8	10,5	9	3,5
Склонность к фантазированию	5,5	5	5,5	7	3,5
Прогностическая некомпетентность	9	9	7	8	9,5
Максимализм	10,5	10,5	10,5	11	6
Нетерпеливость	10,5	10,5	4	10	1
Страх быть покинутым	2	3	9	2	8
Эмоциональная неустойчивость	1	1	1	5,5	11
Ригидность	5,5	7	8	5,5	3,5

ip – группа пациентов с ипохондрическим расстройством

v – группа пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией

t – группа пациентов с тревожно-фобическими расстройствами

d – группа пациентов с расстройствами адаптации

i – группа пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройствами

Согласно данным табл. 9, структура психического инфантилизма у пациентов с ипохондрическим расстройством и соматоформной вегетативной дисфункцией сходна и в большей степени определялась эмоциональной неустойчивостью, страхом быть покинутым, доверчивостью, а также зависимостью, внушаемостью. Структура психического инфантилизма у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами отличалась эмоциональной неустойчивостью, зависимостью, доверчивостью, нетерпеливостью, внушаемостью, склонностью к фантазированию, прогностической некомпетентностью. Специфичность психического инфантилизма при расстройстве адаптации характеризовалась, в первую очередь, зависимостью, страхом быть покинутым, внушаемостью, доверчивостью, эмоциональной неустойчивостью и ригидностью. Структура психического инфантилизма при диссоциативных (конверсионных) расстройствах была представлена нетерпеливостью, эгоцентризмом, внушаемостью, склонностью к фантазированию, ригидностью, максимализмом, зависимостью.

Высокое достоверное значение ранговой корреляции (табл. 10) между группами пациентов с ипохондрическим расстройством и соматоформной вегетативной дисфункцией указывало на то, что системные представления признаков психического инфантилизма в этих двух группах очень близки. Значения ранговой корреляции также выявили сходство системного представления признаков психического инфантилизма между группами пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией, тревожно-фобическими расстройствами и расстройствами адаптации. Отрицательные значения корреляции (хотя и недостоверные) между группой диссоциативных (конверсионных) расстройств со всеми другими группами свидетельствовали о том, что системное представление психического инфантилизма у пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройствами противоположно аналогичному системному представлению во всех группах.

Таблица 10

Данные ранговой корреляции

	<i>ip</i>	<i>v</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>i</i>
<i>ip</i>	1	0,78**	0,32	0,55	-0,28
<i>v</i>		1	0,61*	0,65*	-0,57
<i>t</i>			1	0,42	-0,35
<i>d</i>				1	-0,25
<i>i</i>					1

ip – группа пациентов с ипохондрическим расстройством

v – группа пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией

t – группа пациентов с тревожно-фобическими расстройствами

d – группа пациентов с расстройствами адаптации

i – группа пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройствами

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

В табл. 11 и 12 представлены достоверные различия по социально-демографическим данным, микросоциальным условиям развития и особенностям психофизического развития.

В табл. 13 представлен сравнительный анализ средних значений экспериментально-психологических методик в группах с соматоформными и невротическими расстройствами с учетом нозологий.

Таблица 11

**Усредненные показатели социально-демографических данных
и данных микросоциального развития пациентов.**

Показатели	<i>s</i>	<i>n</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>i</i>	<i>t</i> , ($p < 0,05$ * $p < 0,01$ ** $p < 0,001$ ***)
Профессиональный уровень	1,77	2,58	2,04	2,46	2,53	$t(s-n) = -2,83^{**}$; $t(s-d) = -2,39^{*}$; $t(s-i) = -2,07^{*}$ $t(n-t) = 2,13^{*}$;
Образовательный уровень	2,65	3,08	3	2,9	3,2	
Гиперопека	0,46	0,27	0,48	0,11	0,59	$t(s-d) = 3,11^{**}$ $t(n-i) = -2,16^{*}$ $t(t-d) = 3,3^{**}$ $t(d-i) = -3,94^{***}$
Кумир семьи	0,12	0,04	0,04	0,04	0,18	
Гипоопека	0,12	0,04	0,07	0,21	0,06	
«Ежовые рукавицы»	0,04	0,04	0,19	0,25	0,06	$t(s-d) = -2,25^{*}$ $t(n-d) = -2,25^{*}$
«Золушка»	0,04	0,12	0,15	0,18	0,06	
Отвержение	0,04	0,04	0,04	0,11	0,06	
Среднее	0,38	0,5	0,19	0,39	0,24	$t(n-t) = 2,51^{*}$;
Отношения матери	1,73	1,62	1,41	1,32	1,82	$t(s-d) = 2,16^{*}$ $t(d-i) = -2,16^{*}$
Отношения отца	1,23	1,38	1,04	0,89	0,88	$t(n-d) = 2,72^{**}$; $t(n-i) = 2,44^{*}$
Полная семья	0,65	0,85	0,89	0,64	0,59	$t(s-t) = -2,09^{*}$ $t(t-d) = 2,2^{*}$; $t(t-i) = 2,42^{*}$
Характер семейных отношений	1,38	1,42	1,22	1,14	1,35	

s – группа пациентов с соматоформными расстройствами

n – группа пациентов с неврастенией

t – группа пациентов с тревожно-фобическими расстройствами

d – группа пациентов с расстройствами адаптации

i – группа пациентов с диссоциативными расстройствами

Таблица 12

**Особенности психофизического развития в детские
и подростковый периоды**

Показатели	s	n	t	d	i	$t, (p<0,05^* \text{ } p<0,01^{**} \text{ } p<0,001^{***})$
Дошкольный период						
Частые ОРЗ	0,42	0,27	0,30	0,11	0,47	$t(s-d) = 2,77^{**};$ $t(d-i) = -2,95^{**}$
Энурез	0,08	0,04	0,26	0,14	0,18	$t(n-t) = -2,32^*$
Страхи	0,23	0,27	0,44	0,21	0,41	
Эмоциональные реакции	0,54	0,27	0,48	0,32	0,47	$t(s-n) = 2,02^*$
Поведенческие реакции	0,08	0,04	0,04	0,14	0,18	
Младший школьный и подростковый период						
Эмоциональные реакции	0,69	0,38	0,70	0,39	0,53	$t(s-n) = 2,29^*$ $t(s-d) = 2,26^*$ $t(n-t) = -2,42^*$ $t(t-d) = 2,4^*$
Поведенческие реакции	0,04	0,04	0,15	0,21	0,18	
Недостаток друзей	0,35	0,23	0,44	0,32	0,06	$t(s-i) = 2,26^*$ $t(t-i) = 2,93^{**}$ $t(d-i) = 2,11^*$
Смерть близких	0,38	0,23	0,26	0,29	0,18	
Развод родителей	0,08	0,04	0,11	0,14	0,12	
Отвержение родителей, сверстников	0,27	0,08	0,37	0,32	0,29	$t(n-t) = -2,67^*;$ $t(n-d) = -2,3^*$
Суровые наказания	0,04	0,04	0,07	0,21	0,12	
Насмешки	0,04	0,19	0,22	0,39	0,06	$t(s-t) = -2,02^*$

s – группа пациентов с соматоформными расстройствами

n – группа пациентов с неврастенией

t – группа пациентов с тревожно-фобическими расстройствами

d – группа пациентов с расстройствами адаптации

i – группа пациентов с диссоциативными расстройствами

Таблица 13

**Усредненные показатели экспериментально-психологических методик
в группах с соматоформными и невротическими расстройствами**

Показатели	<i>s</i>	<i>n</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>i</i>	$p<0,05$ *; $p<0,01$ **; $p<0,001$ ***
<i>A</i>	5,4	6,5	6,3	5,4	6,8	$p(s-n)^*$; $p(s-i)^*$
<i>B</i>	6,9	6,7	6,9	6,6	7,4	
<i>C</i>	2,9	5,3	3,1	3,8	2,5	$p(s-n)^{***}$
<i>E</i>	5,5	6	4	4,9	6,1	$p(s-t)^{***}$
<i>F</i>	4,8	4,9	4,2	3,6	6,1	$p(s-d)^{**}$; $p(s-i)^*$
<i>G</i>	6,6	5,5	5,7	4,5	4,4	$p(s-n)^*$; $p(s-t)^{**}$ $p(s-d)^{***}$ $p(s-i)^{***}$
<i>H</i>	5,3	5,9	4,6	5,6	6,3	$p(s-n)^*$; $p(s-i)^*$
<i>I</i>	7,2	6,1	6,4	7,3	7,9	$p(s-n)^*$;
<i>L</i>	8,2	7,3	6,8	7,4	8,6	$p(s-t)^{**}$
<i>M</i>	3,4	4,4	3,8	4,5	5	$p(s-n)^*$; $p(s-d)^*$ $p(s-i)^*$
<i>N</i>	6,3	6,2	6,4	6,6	5,8	
<i>O</i>	7,7	6,7	7,7	7,3	8,4	
<i>Q1</i>	3,9	5,2	4,7	4,6	5,1	$p(s-n)^*$
<i>Q2</i>	4,9	6,3	4,4	4,7	5,5	$p(s-n)^{***}$
<i>Q3</i>	5,9	6,7	4,9	5,6	5	$p(s-t)^{**}$ $p(s-i)^*$
<i>Q4</i>	6,9	6,5	6,9	7,5	7	
Зависимость	105,5	105,7	112,5	113,1	107,7	$p(s-t)^{**}$ $p(s-d)^{***}$
Суггестивность	63,7	59,7	64,7	65,7	69,9	$p(s-n)^{**}$ $p(s-i)^{***}$
Установка	5,2	5,2	6	5,6	5,7	$p(s-t)^*$
Внушаемость	5,4	4,1	4,9	4,5	6,4	$p(s-n)^{**}$ $p(s-d)^*$

s – группа пациентов с соматоформными расстройствами

n – группа пациентов с неврастениями

t – группа пациентов с тревожно-фобическими расстройствами

d – группа пациентов с расстройствами адаптации

i – группа пациентов с диссоциативными расстройствами

Сравнительный анализ данных теста Кеттела по t-критерию Стьюдента для независимых выборок показал, что для личности пациентов с невротическими расстройствами, по сравнению с группой соматоформных расстройств, свойственно:

- пациентам группы с тревожно-фобическими расстройствами: при одинаково высоком уровне эмоциональной неустойчивости (фактор *C*) и приземленности интересов с ориентацией на внешнюю реальность (фактор *M*) были характерны менее выраженные нормативность поведения (фактор *G*), социальная смелость (фактор *H*), настороженность к людям (фактор *L*) большая зависимость поведения (фактор *E*);

- пациентам с расстройством адаптации были свойственны более выраженная склонность к озабоченности, пессимистичность в восприятии действительности (фактор *F*) и менее выраженные нормативность поведения (фактор *G*), приземленность интересов (фактор *M*);

- пациентам с диссоциативными расстройствами были свойственны экспрессивность эмоций (фактор *F*), несколько сниженная нормативность поведения (фактор *G*), выраженная подозрительность, эмоциональная напряженность (фактор *L*);

- пациентов с неврастенией отличали эмоциональная устойчивость (фактор *C*), менее выраженные чувствительность (фактор *I*) и консерватизм (фактор *Q1*), а также тенденция к независимости и ориентации на собственные решения (фактор *Q2*).

Согласно данным рис. 14, значения показателя зависимости превалировали в 2-х группах невротических расстройств: тревожно-фобических и расстройств адаптации, указывая на признаки повышенной склонности к зависимому поведению. Уровень зависимости в группах с неврастенией и соматоформными расстройствами свидетельствовал о признаках тенденции к зависимому поведению. Таким образом, зависимость как признак психического инфантилизма в большей степени был характерен для тревожно-фобических расстройств и расстройств адаптации. Описанный выше корреляционный анализ показывал следующие взаимосвязи зависимости при тревожных расстройствах и расстройствах адаптации с эмоциональными качествами личности: неустойчивость, чувствительность, фрустрированность, а также с негативными микросоциальными условиями развития (последний фактор более характерен для расстройств адаптации). Зависимость, выявленная у пациентов с соматоформными расстройствами, коррелировала с конформностью установок.

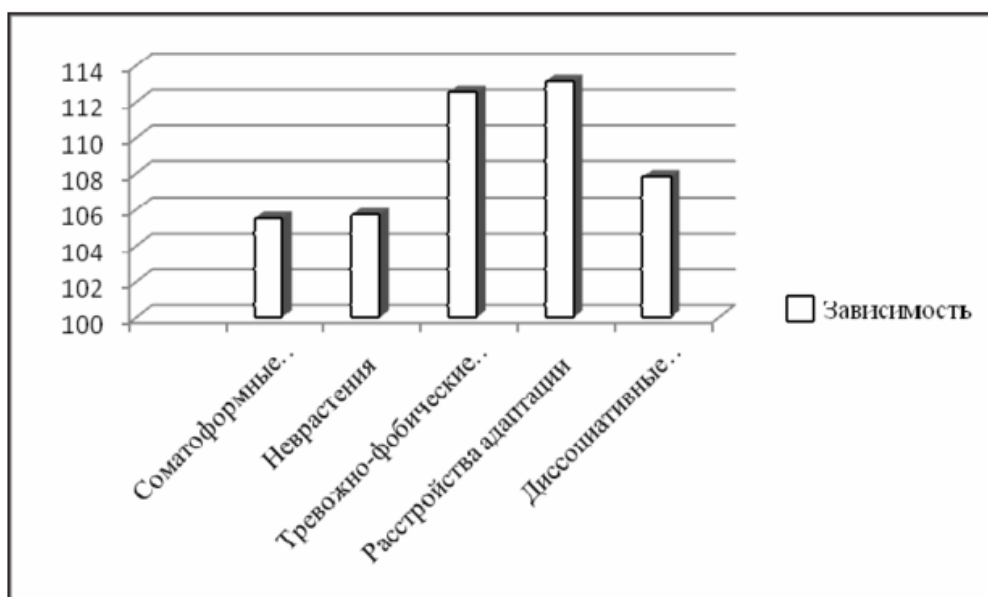


Рис. 14. Данные теста «Склонность к зависимому поведению» по группам

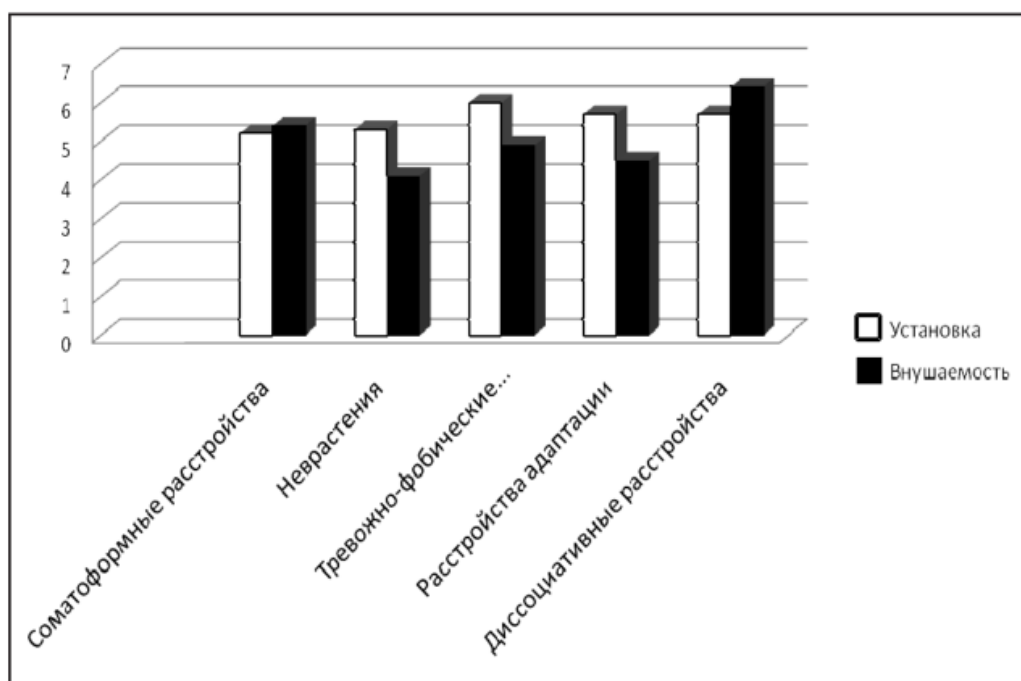


Рис.15. Данные теста «Метод определения установки и внушаемости» по группам

Согласно данным рис. 15, показатели установки во всех группах свидетельствовали об ее инертности. Наиболее высокий уровень установки наблюдался в группе с тревожно-фобическими расстройствами, т.е. эмоциональное отношение к действительности доминировало над объективностью восприятия, чему способствовали выраженная эмо-

циональная неустойчивость, недостаточно развитый контроль эмоций. Наиболее высокие значения внушаемости наблюдались в группах соматоформных и диссоциативных расстройств. Корреляционные взаимосвязи внушаемости и установки в разных группах невротических расстройств были представлены в п.3.1.

Метод «Оценка суггестивности» использовался для дополнения и сопоставления данных теста «Метод определения установки и внушаемости» (данные представлены на рис. 16). Наибольший уровень суггестивности наблюдался у пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройствами, наименьший – у пациентов с неврастенией, в 3-х остальных группах уровень внушаемости был примерно одинаковый. Полученные данные подтвердили результаты «Метода определения установки и внушаемости (метод сравнения парных таблиц)».

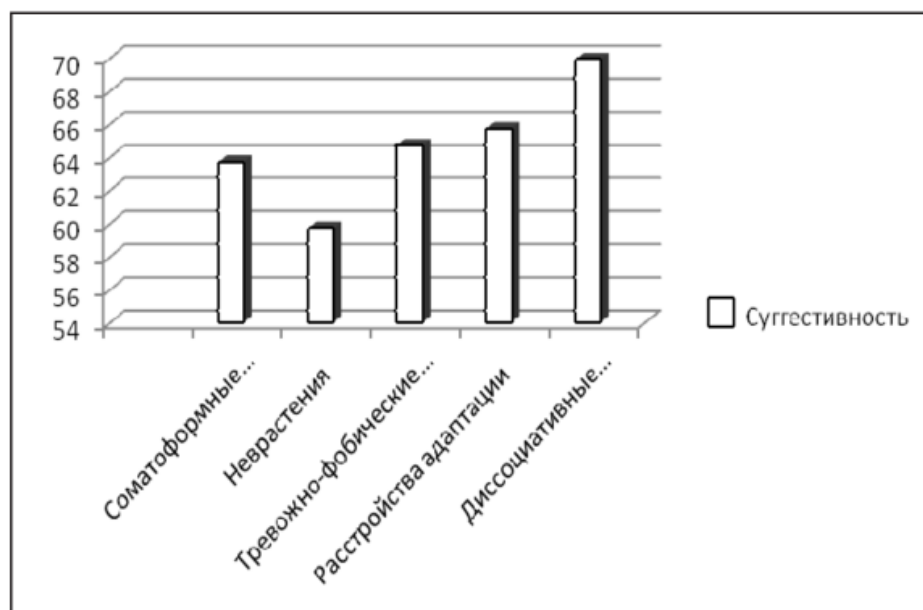


Рис. 16. Данные теста «Метод определения установки и внушаемости» по группам

Таким образом, с учетом полученных данных мы могли отметить, что зависимость была свойственна пациентам с тревожно-фобическими расстройствами и расстройствами адаптации. Высокий уровень внушаемости был характерен для пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройствами, средний уровень внушаемости для соматоформных, тревожно-фобических и расстройств адаптации. Пациентам с неврастенией внушаемость и зависимость были не свойственны и имели ситуационно обусловленный характер.

Заключение

Анализ проведенных ранее клинико-психологических исследований и данных литературы, посвященной невротическим и соматоформным расстройствам, свидетельствует о том, что одними из предрасполагающих к психическому инфантилизму факторов могут выступать инфантильные черты личности. В настоящее время психический инфантилизм рассматривается как незрелость личности с преимущественным отставанием в развитии эмоционально-волевой сферы. Считается, что с возрастом проявления психического инфантилизма становятся менее заметными, но полностью не исчезают, что снижает степень адаптации человека к социуму, психотравмирующим ситуациям. Кроме того, недостаточный уровень социально-психологической зрелости личности может оказывать негативное влияние на прогноз и течение невротических и соматоформных расстройств, способствуя затяжному характеру заболевания и переходу в невротическое развитие личности (В.Я. Семке, 2001; В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева, 2002; Э.Г. Эйдемиллер, 2003).

Проблема изучения взаимосвязи инфантильных черт личности с клиническими особенностями невротических и соматоформных расстройств остается недостаточно изученной и не стала до сих пор предметом специального исследования. До настоящего времени не раскрыто клинико-психологическое и психопатологическое содержание инфантильных черт личности, не описаны и не систематизированы структурно-динамические характеристики психического инфантилизма, нечетко определена его роль в этиопатогенезе невротических и соматоформных расстройств. Все вышеперечисленное позволяет утверждать, что данная проблема имеет повышенную научную актуальность и требует применения новых исследовательских подходов.

Для решения поставленных задач были обследованы 124 испытуемых, из них в первую группу вошли 98 пациентов с невротическими расстройствами (тревно-фобические расстройства – 27 пациентов, расстройство адаптации – 28, диссоциативные (конверсионные) расстройства – 17, неврастения – 26), во вторую – 26 пациентов с соматоформными расстройствами (ипохондрическое расстройство – 13 пациентов, соматоформная вегетативная дисфункция – 13).

Основными методами исследования были клинико-психопатологический и экспериментально-психологический. Клинико-психопатологический метод использовался в качестве основного способа диагностики

невротических и соматоформных расстройств, изучения клинических особенностей психического инфантилизма и его связи с иными психопатологическими симптомами и синдромами. Методологической основой проводимого исследования являлась концепция зависимой личности В.Д. Менделевича. В соответствии с целью и задачами исследования нами проводилось как изучение клинических и психологических особенностей структуры психического инфантилизма в отдельных группах невротических и соматоформных расстройств, их общих характеристик и специфичных параметров, так и их сравнение в подрубриках *F4* (по МКБ-10).

Клинический анализ личностных качеств у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами позволил выявить следующие признаки личностной незрелости: у 22 пациентов (81,4%) отмечались признаки средневыраженной и выраженной зависимости от родителей, супругов, других близких, в профессиональной деятельности превалировала повышенная ориентация на мнение коллег, что было связано как со страхом принятия ответственности, так и с недостаточным развитием навыков преодолевающего поведения. Пациентам также были свойственны повышенная доверчивость, внушаемость, которые особенно проявлялись во взаимоотношениях с незнакомыми людьми, в оценке поведения окружающих. У 21 чел. (77,7%), помимо симптомов тревоги и фобий, отмечалась эмоциональная неустойчивость, которая проявлялась подверженностью настроению, впечатлительностью, а также недостаточно развитым контролем эмоций. У 11 чел. (40,7%) отмечался феномен избыточной выраженности, яркости воображения (особенно у пациентов с генерализованным тревожным расстройством).

На склонность к зависимому поведению указывали и данные экспериментально-психологического методов: были выявлены признаки тенденции к зависимому поведению (тест «Склонность к зависимому поведению»); склонность к конформности, пассивности, отсутствие веры в собственные возможности (факторы *E* «подчиненность – доминантность» и *F* «сдержанность – экспрессивность» теста Кеттелла); анализ фактора второго порядка *QIV* «независимость – зависимость» теста Кеттелла показал наличие трех компонентов зависимости у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами: поведенческого, эмоционального и мыслительного. Также было выявлено преобладание средневыраженной и выраженной внушаемости у 11 (40,7%) и 12 (44,4%) пациентов соответственно (методика «Сравнение парных таблиц») и высокий

уровень суггестивности – 64,7 баллов (методика «Оценка суггестивности»). Результаты теста Люшера указывали на наличие эмоциональной незрелости у пациентов данной группы, сниженный эмоциональный контроль, иррациональный способ достижения целей путем перекладывания решений на других.

Корреляционный анализ выявил значимые взаимосвязи:

1) склонность к зависимому поведению коррелировала с фрустрированностью (фактор Q_4 теста Кеттелла), максимализмом (данные клин. метода);

2) суггестивность (методика «Оценка суггестивности») имела взаимосвязи с факторами теста Кеттелла: склонностью к беспокойству, робостью;

3) инертность / ригидность установки (Метод сравнения парных таблиц) имела высокосignимую связь с эмоциональной неустойчивостью (данные клин. метода);

4) эмоциональная нестабильность (фактор C теста Кеттелла) коррелировала с внушаемостью, доверчивостью, прогностической некомпетентностью (данными клинического метода);

5) склонность к беспокойству (фактор O теста Кеттелла) коррелировала с микросоциальными условиями развития: отношением отца, эмоциональными реакциями в детские и подростковый периоды (капризность, тревожность, страхи), недостатком друзей в школьные годы, отвержением сверстников, злоупотреблением алкоголем родителями.

У пациентов с расстройством адаптации личностная незрелость определялась зависимостью, которая проявлялась несамостоятельностью, постоянной потребностью в подбадривании, утешении, а также в виде непереносимости одиночества. 25 (89,2%) обследованных испытывали страх проявления самостоятельности и инициативы, страх быть покинутыми, страх одиночества. Более выраженная зависимость, по сравнению с пациентами с тревожно-фобическими расстройствами, была связана с тем, что у пациентов с расстройством адаптации мера принятия самого себя, оценка своих личностных качеств, деятельности напрямую зависела от окружающих. Выявленные доверчивость и внушаемость определялись ориентацией пациентов на мнение окружающих. Эмоциональная неустойчивость, выявленная у 22 (78,6%) пациентов, имела меньшую выраженность по сравнению с пациентами предыдущей группы, проявлялась подверженностью настроения внешним факторам, ранимостью, склонностью к беспокойству.

Данные экспериментально-психологического метода в данной группе указывали на признаки высокой вероятности зависимого поведения – 113,4 балла (тест «Склонность к зависимому поведению»); равно представленную незначительную, средневыраженную и выраженную внушаемость (методика «Сравнение парных таблиц» и высокий уровень внушаемости – 65,7 баллов (методика «Оценка суггестивности»). Результаты теста Кеттелла свидетельствовали об эмоциональной нестабильности (фактор С); повышенной чувствительности, впечатлительности, склонности к принижению своей компетентности и способностей (факторы О, I); склонности к беспокойству, стремлению возложить ответственность за ошибки на окружающих (факторы Q4, L). Усредненные ранговые позиции теста Люшера указывали на пассивность, сверхчувствительность, обидчивость, склонность придавать особую значимость высказываниям других людей, защитные внешнеобвиняющие тенденции.

Корреляционный анализ показателей методик, данных клинико-анамнестического метода выявил следующие значимые взаимосвязи:

1) склонность к зависимому поведению имела положительные корреляционные связи со склонностью к беспокойству (тест Кеттелла), страхом быть покинутым, микросоциальными факторами: отвержением со стороны родителей, негативным или формальным отношением отца, недостатком друзей в периоды развития, отвержением сверстников;

2) суггестивность (методика «Оценка суггестивности») имела высокий уровень корреляции со склонностью к беспокойству (тест Кеттелла), практичностью, приземленностью интересов (тест Кеттелла), микросоциальными факторами развития: отвержением со стороны сверстников, с негативным отношением матери или отсутствием должного внимания с ее стороны, с неблагоприятными семейными отношениями в детстве, эмоциональными реакциями в детстве, разводом родителей;

3) инертность/ригидность установки (методика «Сравнения парных таблиц») имела взаимосвязи с воспитанием по типу «ежовых рукавиц», «золушки», суровыми наказаниями в детстве;

4) эмоциональная нестабильность (тест Кеттелла) с микросоциальными условиями в детстве: отвержением со стороны родителей, эмоциональными реакциями в периоды развития, алкоголизмом близких родственников.

У пациенток с диссоциативными (конверсионными) расстройствами психический инфантилизм характеризовался, прежде всего, эгоцентрической направленностью личности, проявлявшейся сосредото-

ченностью на собственных интересах и потребностях. Выраженный эгоцентризм, в сочетании с отстаиванием своих позиций, упрямством, своеволием, категоричностью суждений, был выявлен у 12 (70,6%) пациенток. Эгоцентризм определял такое свойство личности пациентов, как зависимость от меры принятия другими, хотя при этом обследуемые демонстрировали внешне независимое поведение, при опросе также отрицали у себя зависимые формы поведения. Внушаемость, свойственная всем пациентам, носила выраженный, при этом избирательный характер и определялась в целом эгоцентрической направленностью личности, зависимостью. У 5 (29,4%) обследуемых эгоцентризм маскировался выраженной эмоциональной лабильностью, неуверенностью в себе, робостью, повышенной впечатлительностью и ранимостью. В поведении этих пациенток присутствовали признаки гиперконформности в условиях значимого круга, стремление соответствовать общепринятым нормам в группе. У данных пациенток также наблюдалась зависимость от близких (родителей, супруга) в силу неуверенности, трудностей принятия решений, у них чаще присутствовало поведение избегания и перекладывания ответственности на других.

Результаты экспериментально-психологических методик подтвердили наличие лишь признаков склонности к зависимому поведению, на что указывало среднее значение (107,8 баллов) по тесту «Склонность к зависимому поведению». По фактору второго порядка *QIV* «независимость – покорность» теста Кеттелла отмечался эмоциональный компонент независимости, обусловленный эгоцентричностью пациентов (фактор *L* теста Кеттелла). Наблюдалось превалирование ригидности установки (10 чел. (58,8%) и выраженной внушаемости 11 (64,7%) («Метод сравнения парных таблиц»). Результат методики «Оценка суггестивности» составил 69,9 баллов, указывая на высокий уровень внушаемости.

Личности пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройствами определяли (тест Кеттелла): 1) высокий уровень эмоциональной нестабильности (фактор *C* «эмоциональная нестабильность – стабильность»; 2) повышенная чувствительность (фактор *I* «жесткость – чувствительность»); 3) фрустрированность (фактор *Q4* «расслабленность – напряженность») в сочетании со стремлением возложить ответственность на окружающих (фактор *L* «доверчивость – подозрительность»); 4) эмоциональная незрелость, низкий эмоциональный контроль (фактор *QVIII* «высокое супер-эго – низкое супер-эго»).

Анализ теста Люшера показал тенденцию к активно-оборонительную позицию личности повышенную чувствительность к социальным критериям внешней оценки личности.

Корреляционный анализ выявил достоверные взаимосвязи:

- 1) суггестивности («Оценка суггестивности») с факторами теста Кеттелла эмоциональной нестабильностью, склонностью к беспокойству;
- 2) внушаемость (метод «Сравнения парных таблиц») положительно коррелировала с близкими, гиперопекающими отношениями со стороны матери и склонностью к простудным заболеваниям в детстве (группа часто болеющих детей).

Согласно анализу данных клинико-психопатологического метода у пациентов с неврастенией отсутствовали признаки психического инфантилизма. У больных данной группы мы выявили лишь наличие незначительно выраженной эмоциональной зависимости от принятия/непринятия окружающими, которая носила эпизодический характер и проявлялась, в основном, в профессиональной сфере. Однако данная зависимость не определяла и не изменяла поведения испытуемых и в большей степени была связана с приоритетными профессиональными потребностями. Эмоциональная неустойчивость была выявлена у 12 чел. (46,1%), носила избирательный, невыраженный характер, ее внешние проявления успешно контролировались. У 6 (23%) пациентов этой группы была выявлена склонность к обидчивости, упрямству, причем эти качества проявлялись чаще всего в сфере семейных взаимоотношений, носили невыраженный характер. Обследуемые понимали «неправильность» своих реакций и отмечали недопустимость проявления последних при других условиях.

Пациентам с неврастенией были свойственны (данные теста Кеттелла) склонность к эмоциональной неустойчивости в стрессовых ситуациях (фактор *O*), которая сочеталась с самоконтролем, настойчивостью (фактор *Q3*) и преобладанием настороженности в отношениях с людьми (фактор *L*). Анализ факторов второго порядка т. Кеттелла выявил: 1) открытость в социальных контактах, превалирование рассудительности в межличностных отношениях (фактор *QI* «экстраверсия – интроверсия»); 2) незначительную склонность к беспокойству, озабоченности при достаточном уровне внутреннего контроля, что указывало на развитость волевых установок и являлось важным показателем достаточной саморегуляции (фактор *QII* «тревожность – приспособленность»); 3) самостоятельность в принятии решений в сочетании с настороженностью во взаимоотношениях (фактор *QIV* «независимость – зависимость»).

Последний факт подтвердил средний показатель по тесту «Склонность к зависимому поведению» В.Д. Менделевича – 106,7, указывающий лишь на признаки тенденции к зависимому поведению у пациентов данной группы. Результаты методики «Сравнение парных таблиц» определяли отсутствие (30,8%) и средневыраженную внушаемость (30,8%) у пациентов данной группы. Анализ теста Люшера свидетельствовал о сбалансированной гармоничной личности пациентов, однако при этом наблюдалась подвластность средовым влияниям, ориентировка на мнение значимых других и референтной группы

Группа соматоформных расстройств рассматривалась нами в целом. Сравнительный анализ групп пациентов с ипохондрическим расстройством и соматоформной вегетативной дисфункцией не выявил достоверных отличий (за исключением достоверно ($p < 0,05$) более высокого уровня образования и выраженности суггестивности (методика «Оценка суггестивности») у пациентов с ипохондрическим расстройством; большей частоты эмоциональных реакций в детские годы у пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией. Данный факт указал на сходство данных групп соматоформных расстройств.

Согласно анализу личностных качеств и данных анамнеза, у пациентов с соматоформными расстройствами были выявлены следующие черты психического инфантилизма: зависимость в виде выраженности конформных установок (приверженность к социальным условиям («быть не хуже других»), повышенная чувствительность к оценке своего поведения окружающими, страх быть покинутым. Больные отмечали, что им трудно отстаивать свою точку зрения, т.к. это вызывало страх осуждения и непонимания со стороны окружающих, поэтому они предпочитали занимать пассивную позицию. Излишняя «приземленность», наряду с такими свойствами, как ригидность и конформность, не всегда позволяла находить адекватные решения в стрессовых ситуациях, лишая пациентов определенной степени находчивости. У большинства пациентов была выявлена эмоциональная неустойчивость, при этом внешнего отреагирования эмоции не находили из-за убежденности о нежелательности, невозможности проявления последних. Большинство пациентов демонстрировали доверчивость к людям, «примитивность» понимания межличностных отношений. Однако доверчивость проявлялась не в открытости и непосредственности, а в прямолинейности понимания межличностных отношений, в зависимости от собственных убеждений, что позволило говорить о прогностической некомпетентности в межличностных отношениях.

Среднее значение показателя по тесту «Склонность к зависимому поведению» составило 105, 4 баллов, что указывало на признаки тенденции к зависимому поведению. Это подтвердилось и результатами 16-факторного теста Кеттела, в частности факторами: *QI* «консерватизм – радикализм», *M* «практичность – мечтательность» и фактором второго порядка *QIV* «независимость – зависимость», значения которых указывали на преобладание мыслительного компонента зависимости обследуемых, в основе которого лежали консерватизм мышления, узость интеллектуальных интересов, склонность к морализации, излишняя ориентации на реальную деятельность.

У пациентов было выявлено преобладание инертности установки, а также средневывраженной и выраженной внушаемости (методика «Сравнение парных таблиц»). Анализ данных теста Кеттела выявил личностные качества, указывающие на определенную степень незрелости: 1) высокий уровень эмоциональной нестабильности (фактор *C*), впечатлительности (фактор *I*); «жесткость-чувствительность»; 2) ранимость, неуверенность в себе, чувствительность к одобрению окружающих, чувство недовольства собой (фактор *O*); 3) склонность к консерватизму, сопротивление переменам, узость интеллектуальных интересов, ориентация на конкретную реальную деятельность (фактор *QI, M*). Тест Люшера показал, что, наряду с практичностью, проявляются элементы субъективизма, сверхчувствительности к критическим замечаниям, тенденция придавать особую значимость высказываниям других людей.

Корреляционный анализ выявил значимые взаимосвязи ($p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$; $p < 0,001^{***}$): 1) зависимости с дипломатичностью ($r = 0,53^{**}$), консерватизмом ($r = 0,47^*$), максимализмом ($r = 0,56^*$), воспитанием в неполной семье ($r = 0,49^*$), недостатком друзей в детские и подростковый периоды ($r = 0,47^*$), школьными проблемами ($r = 0,42^*$), смертью близких ($r = 0,43^*$), частотой психических травм ($r = 0,49^*$); 2) суггестивности с осторожностью, сдержанностью проявления чувств, социабельностью (фактор *F* теста Кеттела); 3) внушаемость коррелировала с прямолинейностью, напряженностью (факторы теста Кеттела).

Нами была проведена сравнительная характеристика структуры психического инфантилизма при невротических (группа №1) и соматоформных (группа №2) расстройствах.

Сравнительный анализ психического инфантилизма проводился по следующим характеристикам, выявленным клинико-психопатологическим методом: зависимость, внушаемость, доверчивость, эгоцентризм,

склонность к фантазированию, прогностическая некомпетентность, максимализм, нетерпеливость, эмоциональная неустойчивость, страх быть покинутым, ригидность. Согласно ранговому распределению, психический инфантилизм у пациентов с невротическими расстройствами характеризовался ригидностью, зависимостью, внушаемостью, склонностью к фантазированию, внушаемостью. Структура психического инфантилизма у пациентов с соматоформными расстройствами определялась страхом быть покинутым, доверчивостью, эмоциональной неустойчивостью, зависимостью, внушаемостью.

Пациенты группы №1 отличались достоверно менее выраженным страхом одиночества ($t=-2,13$; $p<0,05$), меньшей степенью эмоциональной неустойчивости ($t=-2,26$; $p<0,05$), большей нетерпеливостью ($t=3,02$; $p<0,01$) по сравнению с пациентами группы №2. Преобладание страха быть покинутым у пациентов группы №2 было связано с конформными установками. У пациентов группы №1 страх быть покинутым, прежде всего, определялся эмоциональной неустойчивостью, недостаточно развитым эмоциональным контролем, на что указывали показатели выраженности нетерпеливости в данной группе. При выраженности эмоциональной неустойчивости у пациентов с соматоформными расстройствами мы не находили ярких внешних проявлений последней, на что оказывали влияние такие свойства личности, как страх выражения своих чувств, неуверенность в себе, страх быть покинутым, неправильно понятым, и как следствие меньшая выраженность нетерпеливости. Для пациентов с невротическими расстройствами, напротив, наличие эмоциональной неустойчивости отражалось во внешних формах реагирования.

Данные клинического метода подтвердились результатами экспериментально-психологических методик. Как показал сравнительный анализ, пациентам с соматоформными расстройствами в большей степени свойственны, консервативность ($t=2,08$; $p<0,05$), ориентация на внешнюю реальность, приземленность интересов ($t=2,46$; $p<0,05$), нормативность поведения ($t=4,86$; $P<0,001$), эмоциональная неустойчивость ($t=2,08$; $p<0,05$) (данные теста Кеттелла), а также меньшая склонность к зависимому поведению ($t=2,64$; $p<0,01$). По фактору второго порядка *QIV* «независимость – покорность» теста Кеттелла у пациентов с невротическими расстройствами, при наличии тенденции к зависимости, не удалось выявить ни одного преобладающего компонента зависимости. В группе пациентов с соматоформными расстройствами определяющим компонентом зависимости являлся мыслительный. Сравнительный анализ резуль-

татов «Метода определения установки и внушаемости» и теста «Оценка суггестивности» достоверных различий между группами не выявил.

Корреляционный анализ в группе пациентов с соматоформными расстройствами показал достоверные связи ($p<0,05^*$, $p<0,01^{**}$; $p<0,001^{***}$) нормативности поведения с такими признаками психического инфантилизма, как доверчивость ($r=0,46^*$); страх быть покинутым ($r=0,42^*$), а также с заниженной самооценкой ($r=0,61^{***}$). Зависимость в данной группе коррелировала (см. рис. 1) с консерватизмом, ригидностью взглядов ($r=0,47^*$), ориентацией на внешненормативные стили поведения ($r=0,53^{***}$) с микросоциальными факторами: воспитание в неполной семье ($r=0,49^*$), недостаток друзей ($r=0,47^*$), смерть близких ($r=0,43^*$). Инертность установки коррелировала с тревожностью ($r=0,40^*$), внушаемость была взаимосвязана с факторами теста Кеттелла: напряженностью ($r=0,47$), дипломатичностью ($r=0,39^*$).

Зависимость в группе невротических расстройств имела достоверные ($p<0,05$) корреляционные взаимосвязи (см. рис. 2) с эмоциональными свойствами личности: тревожностью ($r=0,22$), напряженностью ($r=0,24$), робостью ($r=0,22$), настороженностью, склонностью к предчувствиям ($r=0,26$), а также с микросоциальными условиями развития: с отношением матери ($r=-0,22$), отношением отца ($r=-0,26$), разводом родителей ($r=0,22$), отвержением сверстниками ($r=0,23$). Корреляционный анализ в группе с невротическими расстройствами выявил достоверные связи ($p<0,05$) внушаемости («Оценка суггестивности») с эмоциональной нестабильностью, чувствительностью ($r=0,25$), тревожностью ($r=0,30$), низким самоконтролем ($r=0,30$), социабельностью ($r=0,22$), с микросоциальными факторами развития: отвержением родителями ($r=0,22$), полной семьей ($r=-0,25$), разводом родителей ($r=0,28$); также с характеристиками психического инфантилизма: ригидностью ($r=0,28$), эгоцентризмом ($r=0,29$), бескомпромиссностью ($r=0,28$), нетерпеливостью ($r=0,28$). Инертность установки имела достоверные взаимосвязи ($p<0,05$) с прямолинейностью, открытостью, непосредственностью и негативными микросоциальными факторами: воспитанием по типу «золушки», отвержением родителями, суровыми наказаниями, отношением матери, лишенным заботы. Внушаемость положительно коррелировала с чувствительностью и с установкой.

Согласно ранговому распределению, структура психического инфантилизма у пациентов с ипохондрическим расстройством и соматоформной вегетативной дисфункцией сходна и в большей степени опре-

делялась эмоциональной неустойчивостью, страхом быть покинутым, доверчивостью, а также зависимостью, внушаемостью. Структура психического инфантилизма у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами отличалась эмоциональной неустойчивостью, зависимостью, доверчивостью, нетерпеливостью, внушаемостью, склонностью к фантазированию, прогностической некомпетентностью. Специфичность психического инфантилизма при расстройстве адаптации характеризовалась, в первую очередь, зависимостью, страхом быть покинутым, внушаемостью, доверчивостью, эмоциональной неустойчивостью и ригидностью. Структура психического инфантилизма при диссоциативных (конверсионных) расстройствах была представлена нетерпеливостью, эгоцентризмом, внушаемостью, склонностью к фантазированию, ригидностью, максимализмом, зависимостью.

Высокие достоверные значения ранговой корреляции ($r=0,78$; $p<0,01$) между группами пациентов с ипохондрическим расстройством и соматоформной вегетативной дисфункцией подтвердили тот факт, что системные представления признаков психического инфантилизма в этих двух группах очень близки. Также значения ранговой корреляции выявили сходство системного представления признаков психического инфантилизма между группами пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией, тревожно-фобическими расстройствами и расстройствами адаптации. Отрицательные значения корреляции (хотя и недостоверные) между группой диссоциативных (конверсионных) расстройств со всеми другими группами свидетельствовали о том, что системное представление психического инфантилизма у пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройствами противоположно аналогичному системному представлению во всех группах.

Выводы

1. Структура психического инфантилизма у пациентов с невротическими расстройствами, согласно ранговому распределению, характеризуется (по мере убывания значимости феноменов): зависимостью, внушаемостью, нетерпеливостью, склонностью к фантазированию, ригидностью. Структура психического инфантилизма у пациентов с соматоформными расстройствами, согласно ранговому распределению имеет иную последовательность значимости феноменов: страх быть покинутым, доверчивость, зависимость, внушаемость.

При разных невротических расстройствах обнаруживается различная структура психического инфантилизма: согласно ранговому распределению в порядке убывания, при тревожно-фобических расстройствах психический инфантилизм характеризуется зависимостью, доверчивостью, нетерпеливостью, внушаемостью, склонностью к фантазированию, прогностической некомпетентностью; психический инфантилизм при расстройстве адаптации – характеризуется зависимостью, страхом быть покинутым, внушаемостью, доверчивостью, эмоциональной неустойчивостью и ригидностью; при диссоциативных (конверсионных) расстройствах психический инфантилизм наиболее выражен и представлен констелляцией таких психологических характеристик, как нетерпеливость, эгоцентризм, внушаемость, склонность к фантазированию, ригидность, максимализм, зависимость. У пациентов с неврастенией признаков психического инфантилизма не определяется.

2. В группе соматоформных расстройств в сравниваемых подгруппах пациентов с ипохондрическим расстройством и соматоформной вегетативной дисфункцией достоверных различий структуры психического инфантилизма не выявлено. Корреляционный анализ показал, что системные представления признаков психического инфантилизма в группах с ипохондрическим расстройством и соматоформной вегетативной дисфункцией очень близки ($r=0,78$; $p<0,01$). Значения ранговой корреляции указывают на сходство системного представления признаков психического инфантилизма группы пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией с группами тревожно-фобических расстройств ($r=0,61$; $p<0,05$) и расстройствами адаптации ($r=0,65$; $p<0,05$).

3. Сравнительный анализ структуры психического инфантилизма у пациентов с невротическими и соматоформными расстройствами демонстрирует достоверные различия по следующим характеристикам: страх быть покинутым ($t=-2,13$; $p<0,05$), нетерпеливость ($t=3,02$; $p<0,01$). Пациентам с невротическими расстройствами свойственны менее выраженный страх одиночества, меньшая степень эмоциональной неустойчивости, бóльшая нетерпеливость по сравнению с пациентами с соматоформными расстройствами.

4. Зависимость как характеристика психического инфантилизма достоверно более выражена у пациентов с невротическими расстройствами ($t=2,64$; $p<0,01$), в частности у обследуемых с тревожно-фобическими расстройствами и расстройствами адаптации. Внушаемость не имеет достоверных различий в данных группах. Зависимость в группе

пациентов с невротическими расстройствами имеет достоверно значимые ($p < 0,05$) взаимосвязи со свойствами личности: склонностью к озабоченности, робостью, неуверенностью в себе, тревожностью, напряженностью. Зависимость в данной группе коррелирует ($p < 0,05$) с такими микросоциальными условиями развития, как отношения со стороны обоих родителей, лишения принятия, заботы, негативное отношение (отвержение) со стороны сверстников, развод родителей. Зависимость у пациентов с соматоформными расстройствами имела достоверно значимые взаимосвязи с дипломатичностью ($p < 0,01$), консерватизмом ($p < 0,05$), а также с микросоциальными факторами: воспитание в неполной семье, недостаток друзей, смерть близких, большая частота психических травм.

5. Внушаемость в группе пациентов с невротическими расстройствами имеет достоверно значимые ($p < 0,05$; $p < 0,01$) взаимосвязи с эмоциональной неустойчивостью, чувствительностью, тревожностью, низким контролем эмоций, с микросоциальными факторами развития: с отвержением родителями, воспитанием в неполных семьях, разводом родителей. Внушаемость у пациентов с соматоформными расстройствами имеет достоверно значимые взаимосвязи со сдержанностью, дипломатичностью, напряженностью; с микросоциальными условиями развития значимых взаимосвязей выявлено не было.

Библиографический список

1. Акулова, И.Л. О психическом инфантилизме / И.Л. Акулова // Военно-медицинский журнал. – 1966. – №9. – С. 32-35.
2. Александер, Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер ; пер. с англ. С. Могилевский. – М. : Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2002 – 352 с.
3. Александрова, Г.Г. Психологические критерии социальной зрелости личности в условиях современного российского общества: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Г.Г. Александрова. – Казань, 2004. – 22 с.
4. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М. : Медицина, 2000. – 496 с.
5. Ананьев, Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев. – СПб. : Питер, 2001. – 282 с.
6. Андреева, Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. – М. : Аспект Пресс, 2008. – 362 с.
7. Антропов, Ю.Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 1999. – 304 с.
8. Балинт, М. Базисный дефект. Терапевтические аспекты регрессии / М. Балинт ; пер. с англ. В.А. Агаркова, С.В. Кравец. – М. : «Когито-Центр», 2002. – 256 с.
9. Белопольская, Н.Л. Самосознание проблемных подростков / Н.Л. Белопольская [и др.]. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2007. – 332 с.
10. Берн, Э. Групповая психотерапия / Э. Берн ; пер. с англ. А.Ю. Калмыкова. – М.: Академ. проект, 2001. – 464 с.
11. Блейлер, Э. Руководство по психиатрии / Э. Блейлер ; пер. с нем. А.С. Розенталь. – М. : «Независимая Психиатрическая Ассоциация совместно с изд-вом «Смысл», 1993. – 542 с.
12. Боулби, Д. Привязанность / Д.Боулби ; пер. с англ. / общ. ред. и вст. ст. Г.В. Бурменской. –М. : Гардарики, 2003. – 477 с.
13. Боулби, Д. Создание и разрушение эмоциональных связей / Д. Боулби ; пер. с англ. В.В. Старовойтова. – 2-е изд. – М.: Академ. проект, 2004. – 232 с.
14. Большая психологическая энциклопедия. – М.: Эксмо, 2007. – 544 с.
15. Большой толковый психологический словарь / А. Ребер ; пер. с англ. – М. : Вече, АСТ, 2000. – 592 с.
16. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад ; пер. с нем. – М. : ГЕОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.

17. Буреломова, И.В. Затяжные маниакальные расстройства у детей больных шизофренией / И.В. Буреломова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – Т.84. – Вып.10. – С. 1538-1543.
18. Бурлакова, Н.С. Детский психоанализ: Школа Анны Фрейд / Н.С. Бурлакова, В.И. Олешкевич. – М. : Издат. центр «Академия», 2005. – 288 с.
19. Буянов, М.И. Беседы о детской психиатрии / М.И. Буянов. – М. : Просвещение, 1986. – 208 с.
20. Буянов, М.И. О формировании вариантов тормозимой психопатии (клинико-катамнестическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.И. Буянов. – М., 1968. – 22 с.
21. Буянов, М.И. Психический инфантилизм (краткая история и современное состояние проблемы) / М.И. Буянов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1971. – Т.71. – Вып.10. – С. 1579-1588.
22. Буреломова, И.В. Затяжные маниакальные расстройства у детей больных шизофренией / И.В. Буреломова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – Т.84. – Вып.10. – С. 1538-1543.
23. Былкина, Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий (аналитический обзор) / Н.Д. Былкина // Психологический журнал. – 1997. – Т.18. – №2. – С. 149-159.
24. Вейн, А.М. Панические атаки / А.М. Вейн [и др.]. – СПб. : Ин-т медиц. маркетинга, 1997. – с.
25. Великанова, Л.П. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (Часть 1) / Л.П. Великанова, Ю.С. Шевченко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т.15. – Вып 4. – С. 79-91.
26. Ганнушкин, П.Б. Избранные труды по психиатрии / П.Б. Ганнушкин: под ред. О.В. Кербилова. – Ростов н/Д. : «Феникс», 1998. – 416 с.
27. Гарбузов, В.И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология / В.И. Гарбузов. – СПб. : «Сотис», 1999. – 320 с.
28. Гиляровский, В.А. Психиатрия: Руководство для врачей и студентов / В.А. Гиляровский. – М. : Медгиз, 1954. – 519 с.
29. Гиндикин, В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства / В.Я. Гиндикин. – М. : «Триада –Х», 2000. – 256 с.
30. Гиндикин, В.Я. Личностная патология / В.Я. Гиндикин, В.Я. Гурьева. – М. : «Триада-Х», 1999. – 266 с.
31. Голик, А.Н. Клиника и дифференциальная диагностика психопатоподобных нарушений при шизофрении подростково-юношеского возраста / А.Н.Голик // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1991. – Т.91. – №1. – С. 107-111.

32. Гузиков, Б.М. Психический инфантилизм как фактор риска раннего употребления алкоголя у подростков женского рода / Б.М. Гузиков, Э.Г. Эйдемиллер, И.А. Агеева // Вопросы наркологии. – 1991. – №2. – С. 21-25.
33. Гуревич, М.О. Психиатрия / М.О. Гуревич. – М. : Медгиз, 1949. – 501 с.
34. Гурьева, В.А. Психопатии в подростковом и юношеском возрасте (Клинико-катамнестическое исследование, судебно-психиатрический аспект): автореф. дис. ... д-ра мед.наук / В.А. Гурьева. – М., 1971. – 38 с.
35. Гурьева, В.Г. Особенности психического инфантилизма и расстройства поведения в пубертатном возрасте и их профилактика / В.Г. Гурьева [и др.]. // Клинико-социальные аспекты профилактики общественно опасных действий психических больных. – М. : Медицина, 1981. – С. 101-108.
36. Гурьева, В.А. Юношеская психопатия и алкоголизм / В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин. – М. : Медицина, 1980. – 272 с.
37. Дети с временными задержками развития / под. ред. Т.А. Власовой, М.С. Певзнер. – М. : Педагогика, 1971. – 256 с.
38. Дети с отклонениями в развитии (отграничение олигофрении от сходных состояний) / под ред. М.С. Певзнер. – М. : Просвещение, 1996. – 247 с.
39. Детская психиатрия: учебник / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб. : Питер, 2005. – 1120 с.
40. Елисеев, О.П. Практикум по психологии личности / О.П. Елисеев. – СПб. : Питер, 2003. – 289 с.
41. Ефремова, И.Д. Обсессивно-фобические расстройства с явлениями мизофобии при вялотекущей шизофрении / И.Д. Ефремова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – №2. – С. 12-17.
42. Житловский, В.Е. Особенности психического инфантилизма как фактор риска формирования психопатий / В.Е. Житловский, Е.С. Меламед // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – №1. – С. 1701-1704.
43. Захаров, А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков / А.И. Захаров. – М. : Медицина, 1982. – 215 с.
44. Иванец, Н.Н. Психиатрия и наркология / Н.Н. Иванец [и др.]. – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2006. – 832 с.
45. Иванов, Д.А. Особенности мышления у близнецов, страдающих психическим инфантилизмом / Д.А. Иванов // Психология и соционика межличностных отношений: междунар. научно-практ. журнал: Международный институт соционики. – 2004. – №10. – С. 13-16.

46. Иванов, Д.А. Суицидальные действия юношей при психическом инфантилизме и другой пограничной психопатологии / Д.А. Иванов // Соционика, ментология и психология личности. – 2000. – №3. – С. 16-19.
47. Исаев, Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей / Д.Н. Исаев. – СПб. : Специальная лит-ра, 1996. – 454 с.
48. Классен, И.А. Практическая психотерапия: курс лекций / И.А. Классен. – М. : МЕДпресс-информ, 2004. – 768 с.
49. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок; пер. с англ. – М. : Медицина, 1994. – Т.1. – 672 с.
50. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2002. – 960 с.
51. Капустина, А.Н. Многопрофильная личностная методика Р. Кеттела / А.Н. Капустина. – СПб. : «Речь», 2001. – 112 с.
52. Клиническая психиатрия / под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М. : ГЕОТАР Медицина, 1998. – 511 с.
53. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Баумана. – СПб.: Питер, 2002. – 1312 с.
54. Киренская-Берус, А.В. Нейрофизиологические исследования полушарной организации спектра ЭЭГ при психическом инфантилизме у подростков / А.В. Киренская-Берус [и др.] // Физиология человека. – 2001. – №6. – С. 44-51.
55. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев – М. : Медицина, 1979. – 608 с.
56. Ковалев, В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В.В. Ковалев. – М. : Медицина, 1985. – 288 с.
57. Кон, И.С. В поисках себя: Личность и ее самознание / И.С. Кон. – М. : Политиздат, 1984. – 335 с.
58. Кон, И.С. Психология ранней юности / И.С. Кон. – М. : Просвещение, 1989. – 254 с.
59. Концевой, О.В. Особенности клиники и терапии шизофрении у больных с чертами психического инфантилизма до лечения заболевания: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.В. Концевой. – М., 1987. – 21 с.
60. Кочетков, Я.А. Объектные отношения у пациентов с паническим расстройством / Я.А. Кочетков, Е.Т. Соколова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т.16. – В. 2. – С. 10-14.
61. Коцюбинский, А.П. Клинические варианты конформной акцентуации / А.П. Коцюбинский, И.О. Аксенова, Д.А. Коцюбинский // Российский психиатрический журнал. – 2003. – №2. – С. 9-13.

62. Краткий психологический словарь / под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – Ростов-н/Д: Феникс, 1998. – 512 с.
63. Кречмер, Э. Об истерии / Э. Кречмер. – СПб. : Питер, 2001. – 144 с.
64. Кулаков, С.А. Основы психосоматики / С.А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2003. – 288 с.
65. Лакошина, Н.Д. Клинические варианты невротического развития / Н.Д. Лакошина. – М.: Медицина, 1970. – 218 с.
66. Лакошина, Н.Д. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: Клиника и лечение / Н.Д. Лакошина, М.М. Трунова – М.: Медицина, 1994. – 192 с.
67. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей / В.В. Лебединский – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985. – С. 53-55.
68. Лебединская, К.С. Клиническая систематика задержки психического развития / К.С. Лебединская // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1980. – №3. – С. 407-412.
69. Личко, А.Е. Подростковая психиатрия: руководство для врачей / А.Е. Личко. – Л. : Медицина, 1985. – 416 с.
70. Любан-Плоцца, Б. Психосоматический больной на приеме у врача / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер. – СПб. : Изд-во научн.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М.Бехтерева, 1994. – 245 с.
71. Макаричева, Э.В. Психический инфантилизм и необъяснимое бесплодие / Э.В. Макаричева, В.Д. Менделевич // Соц. и клиническая психиатрия – 1996. – №3. – С. 29-33.
72. Макаричева, Э.В. Клинические варианты и динамика пограничных психических расстройств при менструальных дисфункциях и бесплодии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Э.В. Макаричева. – М. : 1995, Гос. науч. центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. – С. 21
73. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс ; пер. с англ. – М. : Независимая фирма «Класс», 2004. – 480 с.
74. Малкина - Пых, И.Г. Психосоматика / И.Г. Малкина - Пых. – М. : Изд-во Эксмо; СПб. : Сова, 2003. – 928 с.
75. Мамайчук, И.И. Помощь психолога ребенку с ЗПР / И.И. Мамайчук, М.Н.Ильина. – СПб. : Речь, 2004. – 352 с.
76. Марковская, И.Ф. Нейрофизиологическая характеристика детей с задержкой психического развития / И.Ф. Марковская, В.В. Лебединский, О.С. Никольская // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова – 1977. – №12. – С. 1858-1861.

77. Мельников, В.М. Введение в экспериментальную психологию личности / В.М. Мельников, Л.Т. Ямпольский. – М. : Просвещение, 1985. – 319 с.
78. Менделевич, В.Д. Наркомания и наркология в России в зеркале общественного мнения и профессионального анализа / В.Д. Менделевич. – Казань. : Медицина, 2006. – 262 с.
79. Менделевич, В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
80. Менделевич, В.Д. Психология девиантного поведения / В.Д. Менделевич. – М. : МЕД – пресс, 2001. – 432 с.
81. Менделевич, В.Д. Психология зависимой личности / В.Д. Менделевич, Р.Г. Садыкова. – Й.: Марево, 2002. – 240с.
82. Мяскин, В.А. Особенности осознания себя и своих действий несовершеннолетними с психическим инфантилизмом в юридически значимых ситуациях: автореф. дис. ... канд. психол. наук / В.А. Мяскин. – Ярославль, 2001. – 20 с.
83. Немов, Р.С. Психологический словарь / Р.С. Немов. – М. : ВЛАДОС, 2007. – 560 с.
84. Овсянников, С.А. Пограничная психиатрия и соматическая патология. Клинико-психологическое руководство. / С.А. Овсянников, Б.Д. Цыганков. – М.: «Триада – Фарм», 2001. – 100 с.
85. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / под ред. Т.А. Власовой. – М. : Педагогика, 1985. – 198 с.
86. Петраков, Б.Д. Эпидемиология психических расстройств: рук-во для врачей / Б.Д. Петраков, Б.Д. Цыганков. – М.: Моск. медиц. стоматолог. ин-т им. Н.А. Семашко, 1996. – 133 с.
87. Попов, Ю.В. Современная клиническая психиатрия / Ю.В. Попов, В.Д. Вид. – СПб. : «Речь», 2002. – 402 с.
88. Психология развития. Словарь. / под ред. Ф.Л. Вегнера // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в 6 т. / ред.-сост. Л.А. Карпенко / под ред. А.В. Петровского. М.: ПЕР СЭ, 2006. – 176 с.
89. Попова, А.Н. О психическом инфантилизме у больных шизофренией в ремиссии после лечения аминазином / А.Н. Попова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1961. – №1. – С. 114-121.
90. Роджерс, К. Клиент-центрированная психотерапия / К. Роджерс ; пер. с англ. Т. Рожкво, Ю. Овчинниковой, Г. Пимочкиной. – М. : Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 512 с.

91. Руководство по наркологии / под. ред. Н.Н. Иванца. – М.: Мед. практики. – М., 2002. – 1 т. – 444 с; 2 т. – 504 с.
92. Сандберг, Н. Клиническая психология. Теория, практика, исследования / Н. Сандберг, А. Уайнбергер, Д. Таплин. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 38 с.
93. Свядощ, А.М. Неврозы (руководство для врачей) / А.М. Свядощ. – СПб. : Питер Паблишинг, 1997. – 448 с.
94. Семке, В.Я. Истерические состояния / В.Я. Семке. – М.: Медицина, 1988. – 224 с.
95. Семке, В.Я. Основы персонологии / В.Я. Семке. – М.: Академ. проект, 2001. – 476 с.
96. Семке, В.Я. «Истерическая болезнь»: современные аспекты нозологической специфичности и психосоматических соотношений / В.Я. Семке, М.Ф. Белокрылова // Психические расстройства в общей медицине. – 2006. – №1. – С. 16-23.
97. Серегина, А.А. Социально-психологические условия преодоления инфантилизма у безработной молодежи: автореф. дис. ... канд. психол. наук / А.А. Серегина. – М.: 2006. – 28 с.
98. Серегина, А.А. Психологическая диагностико-коррекционная работа по преодолению инфантилизма у молодежи / А.А. Серегина // Вестник психосоциальной и психокоррекционно-реабилитационной работы. – 2007. – №4. – С. 36-72.
99. Сидоров, П.И. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова. – М. : МЕДпресс – инфом, 2006. – 586 с.
100. Сидоров, П.И. Синергетическая концепция формирования психосоматических заболеваний / П.И. Сидоров, И.А. Новикова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т.17. – Вып. 3. – С. 76-81.
101. Сидоров, П.И. Клиническая психология / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. – М. : ГЕОТАР-МЕД, 2008. – 864 с.
102. Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакология – 2000. – №2. – С. 2-36.
103. Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства. Концептуальные аспекты (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) / А.Б. Смулевич [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1999. – Т.99. – №4. – С. 4-16.
104. Собчик, Л.Н. Метод сравнения парных таблиц / Л.Н. Собчик. – СПб. : Изд-во «Речь», 2002. – 38 с.

105. Собчик, Л.Н. МЦВ – Метод цветowych выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера: практическое руководство / Л.Н. Собчик. – СПб. : Издательство «Речь», 2001. – 112 с.
106. Соколова, Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.В. Николаева. – М. : SvR –Аргус, 1995. – 360 с.
107. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С.Ю. Циркина. – СПб. : Питер, 2004. – 896 с.
108. Сулимовская, Е.И. Некоторые психологические особенности подростков с инфантилизмом / Е.И. Сулимовская //Актуальные вопросы общей и судебной психиатрии: (сб. науч. тр.) / ВНИИ общ. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского / под ред. Г.В. Морозова. – М., 1990. – С. 133-137.
109. Сулимовская, Е.И. Психологическая диагностика инфантилизма / Е.И. Сулимовская // Дифференциальная диагностика психических расстройств: (сб. науч. тр.) / ВНИИ общ. и судеб. Психиатрии им. В.П.Сербского; редкол.: Ю.А.Александровский и др. –М., 1991. – С. 91-95.
110. Сухарева, Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарева . – М., 1955. – 457 с.
111. Сухарева, Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарева . – М., 1959. – 406 с.
112. Сухотина, Н.К. Психические нарушения у детей, пострадавших при террористическом акте в Беслане / Н.К. Сухотина [и др.] // Материалы III Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» / под ред. А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. – Казань, 2006. – С. 397.
113. Тайсон, Ф. Психоаналитические теории развития / Ф. Тайсон, Р. Тайсон. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 525с.
114. Тиганов, А.С. Современная диагностика и вопросы классификации психических заболеваний / А.С. Тиганов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1996. – Т. 96. – №5. – С. 10-13.
115. Торохова, Е.И. Валеология / Е.И. Торохова.– М. : Флинта: Наука., 2000. – 248 с.
116. Тополянский, В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская. – М.: Медицина, 1986. – 383 с.
117. Топорова, Л.В. Творчество Мелани Кляйн / Л.В. Топорова. – СПб. : Издат. дом «Бизнес – пресса», 2001. – 128 с.
118. Ушаков, Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. – М. : Медицина, 1987. – 304 с.

119. Фелинская, Н.И. Вопросы изучения детей с отклонениями в поведении / Н.И. Фелинская. – М.: Медицина, 1968. – 197 с.
120. Фрейд, А. Психология «Я» и защитные механизмы / А.Фрейд. – М.: Педагогика-Пресс, 1993. – 135 с.
121. Фрейд, З. Введение в психоанализ: Лекции / З. Фрейд ; пер с нем. Г.В. Барышниковой. – СПб. : Азбука-классика, 2003. – 480 с.
122. Фромм, Э. Бегство от свободы: пер. с англ. / Э Фромм. – М., 1990. – 271 с.
123. Фромм, Э. Человек для себя : пер. с англ. / Э. Фромм. – Минск : Харвест, 2004. – 351с.
124. Холмогорова, А.Б. Семейный аспект расстройств аффективного спектра / А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т.14. – Вып. 2 – С. 11-20.
125. Хорни, К. Невроз и личностный рост. Борьба за совместную самореализацию / К. Хорни ; пер. с англ. Е.И. Замфир / под ред. проф. М.М. Решетникова. – СПб.: совм. изд. Восточно-Европейского ин-та психоанализа и Б.С.К., 1997. – 316 с.
126. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / К. Хорни ; пер. с англ. / под общ. ред. Г.В. Бурменской. – М. : Издательская группа «Прогресс» – «Универс», 1993 – 480 с.
127. Дети с нарушениями развития: хрестоматия / сост. В.М. Астапов. – М.: Международ. педаг. академия, 1995. – 264 с.
128. Циркин, С.Ю. Аналитическая психопатология / С.Ю. Циркин. – М. : ФОЛИУМ, 2005. – 200 с.
129. Циркин, С.Ю. Психический инфантилизм / С.Ю. Циркин // Независимый психиатрический журнал: Вестник НПА. – 2004. – №1. – С. 8-13.
130. Чахкиева, Л.О. Явления психического инфантилизма и клиника психопатий: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.О. Чахкиева. – М., 1972. – 26 с.
131. Чуркин, А.А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А.А. Чуркин, А.Н. Мартюшов. – М. : Изд-во «Триада-Х», 1999 – 232 с.
132. Шапорева, А.А. Аналитический обзор исследований понятий психическая зрелость, нарушения развития и психический инфантилизм / А.А. Шапорева // Прикладная психология. – 2002. – №3. – С. 45-51.
133. Шакурина, С.Ю. Исследование инфантилизма у женщин в условиях лишения свободы, возможности его профилактики: авторефер. дис. ... канд. психол. наук / С.Ю. Шакурина. – Ярославль, 2003. – 21 с.

134. Шостакович, Б.В. Классификация психопатий / Б.В. Шостакович // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1988. – № 11. – С. 1875-1884.
135. Эйдемиллер, Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб. : Питер, 1999.- 656 с.
136. Эйдемиллер, Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учеб. пособие для врачей и психологов / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. – СПб. : Речь, 2003. – 336 с.
137. Эйдемиллер, Э.Г. Краткосрочная аналитическая психодрама детей, подростков и взрослых / Э.Г. Эйдемиллер; ред.: А.А. Северный, Ю.С. Шевченко. // Материалы III Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». – Казань, 2006. – С. 24-30.
138. Эльштейн, Н.В. Общесоматические проблемы терапевтической практики / Н.В. Эльштейн. – Таллин : «Валгус», 1983. – 248 с.
139. Энциклопедический словарь медицинских терминов. – 2-й выпуск. 50 374 термина / под ред. В.И. Покровского. – М., 2001.
140. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. – М., 1996.
141. Юркова, И.А. Динамика отдельных клинических вариантов психического инфантилизма у детей (по катamnестическим данным) / И.А. Юркова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1959. – Т.59. – №7. – С. 863-867.
142. Юсупов, И.М. Психический дизонтогенез и психогенные заболевания (детско-подросткового возраста): научно-практ. пособие / И.М. Юсупов. – Казань, 2008. – 240 с.
143. Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс. – М. : Практика, 1997. – 1054 с.
144. Almeida, Y.A. Psychologinal features in panig disorder: a comparison withn major depression / Y.A.Almeida, A.E.Nardi // Arg. Neuropsiguiatr. – 2002. – Vol. 60. – № 3. – P. 553-557.
145. Brown, G.W. Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: a tentative overall model / G.W. Brown, T.O.Harris // Developm. Psychopathol. – 1990. – Vol.2. – P. 311-328.
146. Buckowczyk, A. Studies on infantilism in mental patients / A. Buckowczyk // Neurol Neurochir. Psychiatr. – 1962. – Vol.12. – P. 237-245.
147. Diamond, D.B. Panic attack, hypochondriasis and agoraphobia self-psychology formulation / D.B. Diamond // Am. J. Psychotherapy. – 1985. – Vol.39. – P. 114-125.

148. Easburg, M.G. Shyness and perceptions of parental behavior / M.G. Easburg, W.B. Johnson // Psychol. Reports. – 1990. – Vol.66. – P. 915-921.

149. Engel, G. L. Psychoanalytic theory of somatic disorder: Conversion, specificity, and the disease onset situation / G. L. Engel, A. Schmale // J.Am. Psychoanal. Assoc. – 1967. – Vol. 15. – P. 344.

150. Enns, M.W. Perceptions of parental bonding and symptom severity in adults with depression: mediation by personality dimensions / M.W. Enns, B.J. Cox, D.K. Lassen // Can. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 45. – P. 263-268.

151. Freyberger, H. Psychosomatische Therapie bei Colitis Ulcerosa / H. Freyberger // Med. Klin. – 1969. – Bl. 64. – S. 969.

152. Freyberger, H. Der psychosomatische Umgang mit Patienten mit Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür / H. Freyberger // Therapiewoche. – 1972. – Bl. 23. – S. 2492.

153. Freyberger, H. «Symptom», «Konflikt» und «Personlichkeit» in der Behandlung psychosomatischer Patienten / H. Freyberger // Prax. Psychother. – 1976. – Bl. 3. – S. 121-131.

154. Freyberger, H. Psychosomatische Aspekte bei Magenstörungen / H. Freyberger // Therapiewoche. – 1978. – Bl. 28. – S. 7034-7046.

155. Freyberger, H. Psychotherapeutic interventions in alexithymic patient. With special regard to ulcerative colitis and Crohn patients / H. Freyberger, H. W. Kinsebeck, W. Lempa et al // Psychother. Psychosom. – 1985. – Vol. 44. – N2. – P. 72-81.

156. Kortlande, E. Maternal expectations and attribution about coping in anxious children / E. Kortlande, P.C. Kendall, S.M. Panichelli-Mindel // J. Anxiety Disorders. – 1997. – Vol. 11. – P. 297-315.

157. Kellner, R. Somatization: Theories and Research / R. Kellner // Nerv. Ment. Dis. – 1990. – Vol. 3. – P. 150-160.

158. Kernberg, O.F. Ein psychoanalytisches Model der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen / O.F. Kernberg // Psychotherapeut. – 1996. – Vol.41. – №5 – P. 288-296.

159. Linberg, B.J. Psychoinfantilism: review and recent findings / B.J. Linberg // Nord Med. – 1953, Jun. – Vol. 12. – N24. – P. 838-844.

160. Manicavasagar, V. Parental representations associated with adult separation anxiety and disorder-agoraphobia / V. Manicavasagar [et al.]. // Austr. N. Z. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 33. – P. 422-428.

161. Mahler, M.S. Rapprochement subphase of the separation – individuation process / M.S. Mahler // Psychoanalytic Quarterly. – 1972. – Vol.41. – P. 487-506.

162. Mc Dougall, J. The psychosoma and the psychoanalytic process / J. Mc Dougall // *Int. Rev. Psychoanal.* – 1974. – Vol. 1. – P. 437-459.

163. Mc Dougall, J. Theaters of the Mind. Illusion and Truth on the Psychoanalytic Stage / J. Mc Dougall. – New York: Basic Books, 1985. – P.110-115.

164. Overbeck, G., Biebl W. Psychosomatische Modellvorstellungen zur Pathogenese der Ulcuskrankheit / G. Overbeck, W. Biebl // *Psyche.* – 1975. – Vol. 29. – P. 542.

165. Plomin, R., Daniels A. Why are children in the same family so different from one another / R. Plomin, A. Daniels // *Behav. Brain Sci.* – 1987. – Vol.10. – P. 1-16.

166. O'Rourke, D.. The Galway study of panic disorder III: outcome at 5-6 years / D. O'Rourke [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 168. – P. 462-469.

167. Parker, G. Parental rearing style: examining for links with personality vulnerability factors for depression / G. Parker // *Sol. Psychiatry – Psychiatry Epidemiology.* – 1993. – Vol.28. – P. 97-100.

168. Parker, G. An Aetiological model of non – melancholic depression: study design and validity of the measures / G. Parker, G. Glandstone, K. Wilhelm // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 32. – № 1. – P.104-111.

169. Rappe, R.M. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression / R.M. Rappe // *Clin. Psychol. Review.* – 1997. – Vol.17. – P. 47-67.

170. Seligman, M.E.P. Erlernte Hilflosigkeit / M.E. Seligman. – Munchen: Urban, 1979. – 220 s.

171. Van Hemmet, A. M. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of general medical out-patient clinic / A.M. Van Hemmet, M.W. Hengeveld, J.H. Bolk // *Psychol. Med.* – 1993. – Vol. 23. – P. 167-173.

Социально-демографические данные пациентов с невротическими и соматоформными расстройствами

Характеристики	Пациенты с невротическими (26 чел.)		Пациенты с тревожно-фобическими расстройствами (27 чел.)		Пациенты с расстройством адаптации (28чел.)		Пациенты с диссоциативными расстройствами (17 чел.)		Пациенты с невротическими расстройствами (98 чел.)		Пациенты с ипохондрическим расстройством (13 чел.)		Пациенты с соматоформной вегетативной дисфункцией (13 чел.)		Пациенты с соматоформными расстройствами (26 чел.)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1. Средний возраст	19	35,9	10	36,2	14	42,2	10	39,6	53	38,5	10	39,7	7	36,4	17	38,5
2. Удовлетворенность работой		73		40		50		62,5						54		70,8
3. Количество мест работ																
• 1 место	9	34,6	8	32	13	46,4	5	31,2	35	36	5	38,5	7	54	12	46
• 2 места	10	38,5	14	56	6	21,4	5	31,2	35	36	5	38,5	3	23	8	30,7
• 3 места и более	5	19,2	3	12	6	21,4	6	37,5	20	21,2	3	23	1	7,7	4	15,4
• 0 мест	2	7,7	2	7,7	0	0	1	0	5	5,1	0	0	2	15,4	2	7,7
4. Основные причины смены мест работы (% от работавших)																
• Низкая оплата труда	10	41,6	12	48	12	42,8	7	43,7	41	44	4	30,8	3	23	7	29,1
• Повышение	7	29,1	1	4	3	10,7	1	6,25	12	12,7	0	0	0	0	0	0
• Уход за членами семьи	3	12,5	8	32	7	25	2	12,5	20	21,3	3	23	2	15,4	5	20,8
• Сокращения	2	8,3	2	8	8	28,5	6	37,5	18	19,1	3	23	4	30,8	7	29,1
• Конфликты	1	4,2	2	8	3	10,7	3	18,7	9	9,6	0	0	0	0	0	0

Приложения

Характеристика социального статуса родителей и родительских семей обследованных

Характеристики	Пациенты с неврасте- нией (26 чел.)		Пациенты с тревожно- фобичес- кими рас- стройствами (27 чел.)		Пациенты с расстройст- вом адапта- ции (28 чел.)		Пациенты с диссоциа- тивными расстройст- вами (17 чел.)		Пациенты с невроги- ческими расстройст- вами (98 чел.)		Пациенты с ипохонд- рическим расстройст- вом (13 чел.)		Пациенты с соматоформ. вегетативной дисфунк- цией (13 чел.)		Пациенты с соматофор- мными рас- стройства- ми (26 чел.)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1. Образование матери																
• Высшее	10	38,5	8	29,6	6	21,4	7	41,2	31	31,6	4	30,8	2	15,4	6	23
• Среднее специальное	10	38,5	12	44,4	16	57,1	10	58,8	48	48,9	8	61,5	8	61,5	16	61,5
• Среднее	6	23	7	25,9	6	21,4	0	0	19	19,3	1	7,7	3	23	4	15,4
2. Профессия матери																
• Служащая	12	46,2	9	33,3	8	28,5	9	52,9	38	38,7	6	46,2	2	15,4	8	30,7
• Рабочая	8	30,7	11	40,7	16	57,1	8	47	43	43,8	5	38,5	10	76,9	15	57,6
• Неквалифицированный работник / работник сельского труда	6	23	7	25,9	4	14,2	0	0	17	17,3	2	15,4	1	7,7	3	11,5
3. Образование отца																
• Высшее	4	15,3	9	33,3	2	7,1	3	17,6	18	18,3	2	15,4	2	15,4	4	15,4
• Среднее специальное	16	61,5	12	44,4	18	64,3	12	70,5	58	60,2	9	69,2	7	53,8	16	61,5
• Среднее	4	15,3	6	22,2	5	17,9	0	0	15	13,9	2	15,4	2	15,4	4	15,4
• Нет данных	2	7,6	0	0	3	10,7	2	11,8	7	7,1	0	0	2	15,4	2	7,7
4. Профессия отца																
• Служащий	8	30,7	11	40,7	3	10,7	6	35,2	28	29,3	4	30,8	2	15,4	6	23
• Рабочий	13	50	11	40,7	20	71,4	9	52,9	53	53,8	7	53,8	7	53,8	14	53,8
• Неквалифицированный работник / работник сельского труда	3	11,5	5	18,5	2	7,1	0	0	10	9,3	2	15,4	2	15,4	4	15,4
• Нет данных	2	7,6	0	0	3	0	2	0	7	7,1	0	0	2	15,4	2	7,7

Особенности психофизического развития в детские и подростковый периоды

Характеристики	Пациенты с неврастениями (26 чел.)		Пациенты с тревожно-фобическими расстройствами (27 чел.)		Пациенты с расстройством адаптации (28 чел.)		Пациенты с диссоциативными расстройствами (17 чел.)		Пациенты с невротическими расстройствами (98 чел.)		Пациенты с ипохондрическим расстройством (13 чел.)		Пациенты с соматоформ. вегетативной дисфункцией (13 чел.)		Пациенты с соматоформными расстройствами (26 чел.)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Дошкольный период																
Частые ОРЗ	7	26,9	8	29,6	3	10,7	8	47	26	26,5	5	38,5	6	46,2	11	42,3
Энурез	1	3,8	7	26	4	14,3	3	17,6	15	15,3	0	0	2	15,4	2	7,7
Страхи	7	26,9	12	44,4	6	21,4	7	41,2	32	32,7	2	15,4	4	30,8	6	23
Эмоциональные реакции: повышенная плаксивость, лабильность	6	23	13	48,1	9	32,1	8	47	36	36,7	6	46,2	10	76,9	16	61,5
Поведенческие реакции (агрессивность, гиперактивность)	1	3,8	2	7,4	4	14,3	3	17,6	10	10,2	1	7,7	1	7,7	2	7,7
Младший школьный и подростковый период																
Эмоциональные реакции	10	38,5	19	70,4	16	57,1	11	64,7	56	57,1	8	61,5	13	100	21	80,8
Поведенческие реакции	1	3,8	4	14,8	2	7,1	3	17,6	10	10,2	0	0	1	7,7	1	3,8
Недостаток друзей	6	23	12	44,4	9	32,1	5	29,4	32	32,7	2	15,4	7	53,8	9	34,6
Смерть близких	6	23	7	25,9	8	28,6	3	17,6	24	24,5	6	46,2	4	30,8	10	38,5
Развод родителей	0	0	3	11,1	4	14,3	2	11,8	9	9,2	2	15,4	0	0	2	7,7
Отвержение со стороны сверстников	2	7,6	10	37	9	32,1	5	29,4	26	26,5	3	23	6	46,2	9	34,6
Суровые наказания	1	3,8	2	7,4	6	21,4	1	5,9	10	10,2	0	0	0	0	0	0
Насмешки	5	19,2	6	22,2	6	21,4	1	5,9	18	18,4	0	0	0	0	0	0

Научное издание

Менделевич Владимир Давыдович
Макаричева Эльвира Вячеславовна
Пыrkova Ксения Вячеславовна

ПСИХИЧЕСКИЙ ИНФАНТИЛИЗМ
ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ
И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Главный редактор Г.Я. Дарчинова
Редактор Р.И. Галеева
Верстка: О.А. Аймурзаева
Дизайнер Е.Н. Морозова

ISBN 978-5-8399-0276-3



9 785839 902763

Подписано в печать 06.03.09. Формат 60x84 1/16.
Гарнитура Times New Roman, 10. Усл. печ. л. 7,91 . Уч.-изд. л. 8,16 .
Тираж 500 экз. Заказ № 62.

Издательство «Познание»
420111, г. Казань, ул. Московская, 42.
Тел. (843)231-92-90
e-mail: zaharova@ieml.ru

Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии
Института экономики, управления и права (г. Казань)
420108, г. Казань, ул. Зайцева, 17.